

Janeiro - Fevereiro - 2011

# CONASEMS

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde



Saúde da Mulher:  
prioridade de governo



**Prepare-se** e acompanhe a definição da programação e o processo de inscrição pelo site do **CONASEMS**.

# EXPEDIENTE CONASEMS

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Revista CONASEMS

Janeiro - Fevereiro - 2011 • Ano VIII • Nº 38  
ISSN 1679-9259

## DIRETORIA EXECUTIVA

**Presidente** - Antônio Carlos Figueiredo Nardi  
**Vice-Presidente** - Aparecida Linhares Pimenta  
**Vice-Presidente** - Alexandre Jose Mont'Alverne Silva  
**Diretor Administrativo** - Lucélia Borges de Abreu Ferreira  
**Diretor Administrativo - Adjunto** - Paulo Faria do Vale  
**Diretor Financeiro** - Antônio Carlos de Oliveira Júnior  
**Diretor Financeiro - Adjunto** - Marina Sidinéia Ricardo Martins  
**Diretor de Comunicação Social** - Celso Luiz Dellagiustina  
**Diretor de Comunicação Social - Adjunto** - Afonso Emerick Dutra  
**Diretor de Descentralização e Regionalização** - Gustavo Couto  
**Diretor de Descentralização e Regionalização - Adjunto** - Roseane Maria Barbosa Meira  
**Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares** - Maria Adriana Moreira  
**Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares - Adjunto** - Fredson Pereira da Silva  
**1º Vice-Presidente Regional - Região Norte** - Nilton Vale Cavalcante  
**2º Vice-Presidente Regional - Região Norte** - José da Silva Monteiro  
**1º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste** - Suzana Cristina Silva Ribeiro  
**2º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste** - Murilo Porto de Andrade  
**1º Vice-Presidente Regional - Região Centro Oeste** - Elizeth Lucia de Araujo  
**2º Vice-Presidente Regional - Região Centro Oeste** - Andréia Fabiana dos Reis  
**1º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste** - Mauro Guimarães Junqueira  
**2º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste** - Luis Carlos Reblin  
**1º Vice-Presidente Regional - Região Sul** - Fabia Richter Antunes  
**2º Vice-Presidente Regional - Região Sul** - Karina Kauchariski  
**Conselho Fiscal - 1º Membro / Suplente** - Joseilson Camarra Silva  
**Conselho Fiscal - 2º Membro** - Maria do Horto  
**Conselho Fiscal - 2º Membro / Suplente** - Irineu Passold  
**Conselho Fiscal - 3º Membro** - Raul Moreira Molina Barrios  
**Conselho Fiscal - 3º Membro / Suplente** - Francisca Ederlinda Dias  
**Conselho Fiscal - 4º Membro** - Sueli das Graças Alves Pinto  
**Conselho Fiscal - 4º Membro / Suplente** - Fabio Luis Alves  
**Conselho Fiscal - 5º Membro** - Frederico Marcondes Neto  
**Conselho Fiscal - 5º Membro / Suplente** - Danuza Carneiro Colares Ciago

## SECRETARIAS EXTRAORDINÁRIAS

**Secretaria Extraordinária - Atenção à Saúde/Norte** - Claudiane Barreto Lamarão  
**Secretaria Extraordinária - Atenção à Saúde/Nordeste** - Lilio Estrela de Sá  
**Secretaria Extraordinária - Atenção à Saúde/Centro Oeste** - Gercilene Ferreira  
**Secretaria Extraordinária - Atenção à Saúde/Sudeste** - Rubens Moulin Tannure  
**Secretaria Extraordinária - Atenção à Saúde/Sul** - Marina Sidinéia Ricardo Martins  
**Secretaria Extraordinária Descentralização Regional e Regulação/Norte** - Gilmar Vedovoto Gervasio  
**Secretaria Extraordinária Descentralização Regional e Regulação/Nordeste** - Porcina dos Remédios G. Trigueiro  
**Secretaria Extraordinária Descentralização Regional e Regulação/C. Oeste** - Fatima Melin Mendes  
**Secretaria Extraordinária Descentralização Regional e Regulação/Sudeste** - Ademair Arthur Chioro dos Reis  
**Secretaria Extraordinária Descentralização Regional e Regulação/Sul** - Tânia Maria Aroceno  
**Secretaria Extraordinária Financiamento/Norte** - Isabel Maria de Lima Velasco  
**Secretaria Extraordinária Financiamento/Nordeste** - Josefa Petrucia Melo Moraes  
**Secretaria Extraordinária Financiamento/Centro Oeste** - Zulene Ferreira Diniz Ferraz  
**Secretaria Extraordinária Financiamento/Sudeste** - Gilson Urbano de Araujo  
**Secretaria Extraordinária Financiamento/Sul** - Jeronimo Paludo  
**Secretaria Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Norte** - Juliana Conceição Dias Garcez  
**Secretaria Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Nordeste** - Solane Maria Costa  
**Secretaria Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Centro-Oeste** - Ludmila de Queiroz Cozac Machado  
**Secretaria Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Sudeste** - Rodrigo Alves Torres Oliveira  
**Secretaria Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Sul** - Margarete Menoncin Debértolis  
**Secretaria Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Norte** - Ildenave Mangueiro Trajano  
**Secretaria Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Nordeste** - Maria Nelman de Azevedo  
**Secretaria Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Sudeste** - Maria Celia Vasconcelos  
**Secretaria Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Sul** - Roberto Ruiz  
**Secretaria Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Centro Oeste** - Maria Rosaria Muller  
**Secretaria Extraordinária Participação e Contr. Social/Norte** - Ronaldo José Alves dos Reis  
**Secretaria Extraordinária Participação e Contr. Social/Nordeste** - Willames Freire Bezerra  
**Secretaria Extraordinária Participação e Contr. Social/Centro-Oeste** - Jader Luiz Borges Correa  
**Secretaria Extraordinária Participação e Contr. Social/Sudeste** - Conceição Aparecida Pereira Rezende  
**Secretaria Extraordinária Participação e Contr. Social/Sul** - Tarcisio Crôcone  
**Secretaria Extraordinária Planejamento e Programação/Norte** - Raimundo Gerson Silva  
**Secretaria Extraordinária Planejamento e Programação/Nordeste** - Firmino da Silveira Soares Filho  
**Secretaria Extraordinária Planejamento e Programação/C. Oeste** - Maria Claudia Gelio M. M. Batista  
**Secretaria Extraordinária Planejamento e Programação/Sudeste** - Eunice Caldas de Figueiredo Dantas  
**Secretaria Extraordinária Planejamento e Programação/Sul** - Haroldo Ferreira  
**Secretaria Extraordinária Município Pequeno Porte/Norte** - Percio Luis Favacho Inajosa  
**Secretaria Extraordinária Município Pequeno Porte/Nordeste** - Pedro Hermann Madeiro  
**Secretaria Extraordinária Município Pequeno Porte/C. Oeste** - Jader Luiz Borges Correia  
**Secretaria Extraordinária Município Pequeno Porte/Sudeste** - Andréia Passamani Barbosa Corteletti  
**Secretaria Extraordinária Município Pequeno Porte/Sul** - Paulo Ricarte de Paula Borges  
**Secretaria Extraordinária Município Médio Porte/Norte** - Sara Silva Medeiros  
**Secretaria Extraordinária Município Médio Porte/Nordeste** - Maria Cristina Sette Lima  
**Secretaria Extraordinária Município Médio Porte/C. Oeste** - Elenir T. da Silva Neves de Carvalho  
**Secretaria Extraordinária Município Médio Porte/Sudeste** - Odílio Rodrigues Filho  
**Secretaria Extraordinária Município Médio Porte/ Sul** - Denise Liel  
**Secretaria Extraordinária Saúde Indígena/Norte** - Eduardo Alencar dos Santos  
**Secretaria Extraordinária Saúde Indígena /Nordeste** - Lindinalva Dantas dos Santos  
**Secretaria Extraordinária Saúde Indígena /Centro Oeste** - Nelson José Fernandes

**Secretaria Extraordinária Saúde Indígena /Sudeste** - Juliana Soneghet Louzada  
**Secretaria Extraordinária Saúde Indígena /Sul** - Kelen Carmo dos Santos  
**Secretaria Extraordinária Mercosul** - Lisete Palma de Lima  
**Secretaria Extraordinária de Fronteiras** - Iolanda Pereira da Silva  
**Secretaria Extraordinária de Acompanhamento do Pacto** - Joseane Mota Bonfim  
**Secretaria Extraordinária Saúde Bucal** - Alzane Adriano Scor  
**Secretaria Extraordinária Saúde Mental** - Maria do Carmo Cabral Carpintero  
**Secretaria Extraordinária Amazônia Legal** - Raimundo Alves Costa  
**Secretaria Extraordinária Amazônia Legal** - Eduardo Novaes Medrado  
**Secretaria Extraordinária Amazônia Legal** - Andreia Fabiana dos Reis  
**Secretaria Extraordinária Direito Sanitário** - Maria Juraci de Andrade Dutra  
**Secretaria Extraordinária Direito Sanitário** - Maria da Conceição de Farias Rego  
**Secretaria Extraordinária Ciência e Tecnologia** - Jorge Otavio Maia Barreto  
**Secretaria Extraordinária Assistência Farmacêutica** - Francisco Isaias  
**Secretaria Extraordinária Capitais** - Marcelo Gouveia Teixeira  
**Secretaria Extraordinária de Urgência e Emergência** - Eliane Chomatias

## PRESIDENTES DOS COSEMS

**COSEMS - AC** - Tels: (68) 3244-1470 / (68) 9974-2452  
Leila Maria da Silva Lopes  
**COSEMS - AL** - Tel: (82) 3336-7304  
Pedro Hermann Madeiro  
**COSEMS - AM** - Tels: (92) 3643-6338 / 4663 / 6300  
Maria Adriana Moreira  
**COSEMS - AP** - Tel: (96) 3271-1390  
José da Silva Monteiro  
**COSEMS - BA** - Tels: (71) 3371-8703 / 3115-5946  
Suzana Cristina Silva Ribeiro  
**COSEMS - CE** - Tels: (85) 3101-5444 / 3219-9099  
Willames Freire Bezerra  
**COSEMS - ES** - Tel: (27) 3026 2287  
Luis Carlos Reblin  
**COSEMS - GO** - Tel: (62) 3201-3412  
Husam Kamal Sammar  
**COSEMS - MA** - Tel: (98) 3232-7057  
Iolete Soares de Arruda  
**COSEMS - MG** - Tels: (31) 3287-3220 / 5815  
Mauro Guimarães Junqueira  
**COSEMS - MS** - Tels: (67) 3383-4069 / 3312-1108  
Mario Toshio Nakada  
**COSEMS - MT** - Tels: (65) 3644-2406 / 2123-1238  
Andréia Fabiana dos Reis  
**COSEMS - PA** - Tels: (091) 3223-0271 / 3224-2333  
Fredson Pereira da Silva  
**COSEMS - PB** - Tel: (83) 3218-7366  
Porcina dos Remédios G. Trigueiro  
**COSEMS - PE** - Tels: (81) 3221-5162 / 3181-6256  
Maria Cristina Sette de Lima  
**COSEMS - PI** - Tel: (86) 3211-0511  
Ivanete Tavares Beltrao  
**COSEMS - PR** - Tel: (41) 3218-3150  
Marina Sidinéia Ricardo Martins  
**COSEMS - RJ** - Tel: (21) 2240-3763  
Antonio Carlos de Oliveira Júnior  
**COSEMS - RN** - Tel: (84) 3222-8996  
Solane Maria Costa  
**COSEMS - RO** - Tels: (69) 3342-2316 / 3216-5371  
Afonso Emerick  
**COSEMS - RR** - Tel: (95) 3623-0817  
Raimundo Gerson Guedes Silva  
**ASSEDISA - RS** - Tel: (51) 3231-3833  
Arlison Cardoso dos Santos  
**COSEMS - SC** - Tels: (48) 3221-2385 / 3224-0267  
Celso Luiz Dellagiustina  
**COSEMS - SE** - Tels: (79) 3214-6277 / 3346-1960  
Murilo Porto de Andrade  
**COSEMS - SP** - Tels: (11) 3066-8259 / 8146  
Maria do Carmo Cabral Carpintero  
**COSEMS - TO** - Tel: (63) 3218-1782  
Eduardo Novaes Medrado

## CONSELHO HONORÁRIO

Raimundo Bezerra (em memória), Paulo Dantas, José Eri Medeiros, Armando Martinho Bardou Raggio, Gilson Cantarino O'Dwyer, Edmundo Gallo, Gilberto Tanos Natalini, Neilton Araújo de Oliveira, Silvio Mendes de Oliveira Filho, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Silvio Fernandes da Silva, Edmundo Costa Gomes e Helvécio Miranda Magalhães Junior.

Distribuição: Ministério, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Prefeituras, Universidades, Instituições Nacionais e Internacionais, Diretores e Administradores de Entidades Públicas e Privadas ligadas à saúde. Esplanada dos Ministérios - Ministério da Saúde Bloco "G, Edifício Anexo, "Ala "B", sala 144 - Cep: 70.058-900 - Brasília-DF Tel: (61) 3223-0155 Homepage: www.conasems.org.br Email: conasems@conasems.org.br

## PRODUÇÃO

### Projeto Gráfico

Id arteseventos  
**Edição Geral**  
Giovana de Paula  
**Criação e Direção de arte**  
Helma Kátia  
**Revisão**  
Nilo Brêtas Júnior  
**Reportagens free lancer**  
Aline Matheus  
Clarissa Tavares  
Tarciano Ricardo  
Edmilson Ferreira

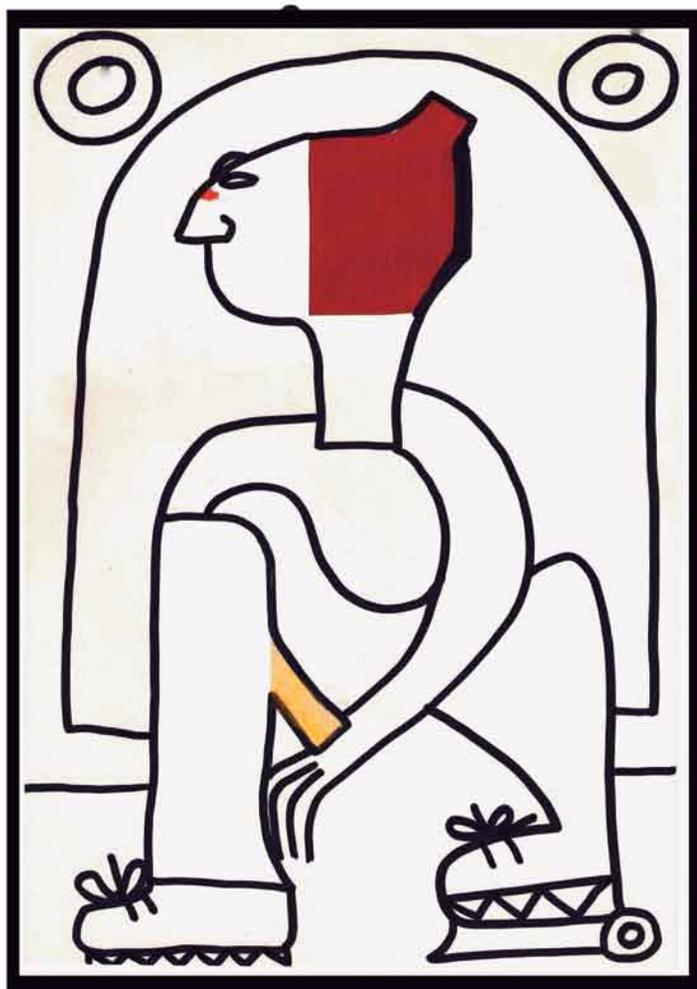
### Fotos

Adonay Pereira Melo  
Ive Rodrigues  
Luis Oliveira  
Rubens Silva  
**Diagramação**  
Felix Júnior  
Jadson Alves  
**Ilustrações**  
Felix Júnior  
Jadson Alves  
Robson Moreira  
Wilson Neto

### Capa

Felix Júnior / Wilson Neto

Impressão: Athalaia Gráfica  
Tiragem: 25.000 exemplares  
Miolo: Papel Couche Fosco -  
80 g/m²



A primeira edição da revista CONASEMS de 2011 é marcada pela expectativa de importantes mudanças que se anunciam na saúde pública. Em um ano de renovação de representantes políticos, inclusive da presidência da República, espera-se em primeiro lugar a regulamentação da Emenda Constitucional 29, que tramita no Congresso Nacional há mais de dez anos. Aprovar a Emenda significa buscar soluções para um conjunto de problemas importantes como o sub-financiamento da saúde, o descumprimento dos percentuais mínimos a serem aplicados na área pelos governos federal e estaduais e a indefinição do que são de fato ações e serviços de saúde.

Outra mudança esperada é a criação de mecanismos mais consistentes para a efetivação do Pacto pela Saúde. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, que assumiu a pasta em janeiro, revelou em entrevista publicada nesta edição que pretende envolver governadores e prefeitos na assinatura de contratos organizativos, que definem claramente os papéis assumidos pelos entes federativos na condução das políticas de saúde no território. Esses contratos, obviamente, irão resguardar as diferentes realidades regionais.

Nesta edição também fomos em busca de boas experiências na Atenção Básica em alguns municípios do país. Apesar das dificuldades, como baixo financiamento e ausência de profissionais, há interessantes iniciativas que merecem ser retratadas para, quem sabe, servir de inspiração a muitos gestores. O SUS é acima de tudo uma miscelânea de grandes experiências. Nesse sentido, resgatamos também boas iniciativas no âmbito da saúde da mulher, outra área com promessa de grandes avanços em 2011, compromisso assumido pela própria presidenta da República, Dilma Rousseff.

Trazemos ainda artigos com as expectativas dos novos secretários do Ministério da Saúde que foram ex-presidentes do CONASEMS, Helvécio Miranda e Odorico Monteiro, o perfil da saúde pública em municípios do Acre, a experiência de São Paulo no controle da violência, dentre outros temas. Aproveitem! ■

# Índice

02	Editorial
04	Curtas
05	Entrevista - Ministro Alexandre Padilha
11	Teses - Planejamento
14	Artigo - Financiamento
16	Hipertexto
17	Construindo o SUS - Atenção Básica
23	Especial - Pacto Federativo
29	Inclusão Social - Saúde da Mulher
33	Recortes do Brasil - Acre
40	Artigo - Desafios da SGEP
42	Perfil - Elizabete Matheus
44	Artigo - Desafios da SAS
46	Rede Gandhi
48	Memória

# CURTAS



21  
Wilson Neto

O Conselho das Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas (Cosems/AL) irá promover, entre os dias 19 e 21 de maio, o V Congresso Estadual de Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas. O tema do evento, a ser realizado no município de Maragogi, é "Os avanços do Sistema Único de Saúde na consolidação das redes de serviço".

O XXVI Congresso das Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo (Cosems/SP) será realizado em Campinas de 21 a 23 de abril de 2010. Na ocasião, ocorrerá também a IX Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios, que irá entregar o Prêmio David Capistrano (segunda edição) para os 10 melhores trabalhos da mostra.

Estão abertas as inscrições para a 8ª Conferência Anual Health Technology Assessment Internacional (HTAi), entre os dias 25 e 29 de junho, no Rio de Janeiro. As inscrições devem ser realizadas pelo site do evento, no link <http://www.htai2011.org>. Outras informações pelo e-mail [info@htai2011.org](mailto:info@htai2011.org) ou pelo telefone (21) 2215.4476.

Estão abertas as inscrições para o XI Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará, que será realizado entre 31 de março a 02 de abril de 2011, na Escola de Saúde Pública do Ceará, em Fortaleza. Informações pelo site - <http://www.cosemsce.org.br/xicongresso/>

O Ministério da Saúde publicou, no dia 17 de dezembro de 2010, a Portaria GM 4.135, que destina recursos financeiros emergenciais para ações de qualificação da Rede de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas em municípios de pequeno porte, no âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Serão apoiados os municípios com menos de 20.000 habitantes da Amazônia Legal e Centro-Oeste, e pequenos municípios em gestão plena das regiões Nordeste e de alguns estados do Sudeste (Espírito Santo e Minas Gerais). Informações no e-mail - [saudemental@saude.gov.br](mailto:saudemental@saude.gov.br). ■



Foto: Luis Oliveira

## Alexandre Padilha

**Por Giovana de Paula**

O novo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, cedeu espaço na extensa agenda de compromissos para uma conversa por telefone sobre seus projetos à frente do Ministério. Ele pretende perseguir obsessivamente o objetivo de oferecer acesso e acolhimento em tempo adequado para as necessidades de saúde da população. Quando ministro das Relações Institucionais do governo Lula, Padilha concedeu entrevista à revista CONASEMS sobre o que pensava a respeito do SUS. Hoje, como titular da pasta da Saúde, ele revisita temas importantes como financiamento, pacto federativo e o papel que o setor saúde deve assumir na agenda nacional de desenvolvimento do país.

Revista CONASEMS - O que o senhor traz na sua trajetória profissional de mais marcante que irá acompanhá-lo nesse desafio como ministro da Saúde?

Alexandre Padilha – Acho que do ponto de vista profissional, o conhecimento da diversidade do Brasil. Eu tive a oportunidade única de em grande parte da minha vida profissional conviver no quadrilátero da alta complexidade da saúde no país, que é o complexo do Hospital das Clínicas, dentro da Faculdade de Medicina de São Paulo. Convivi no dia a dia da Comissão de Infecção Hospitalar, com conduta de alta especialidade na infectologia, e convivi com a realidade diversa da Atenção Básica, da combinação permanente entre vigilância em saúde e atenção à saúde no interior da região amazônica, sobretudo no interior do Pará, em Santarém. Então, eu acho que o componente mais marcante que trago para a condução do Ministério da Saúde é ter convivido muito com a diversidade dos serviços e das realidades de saúde do nosso país. No período mais recente, o contato no Ministério das Relações Institucionais ficou ainda mais intenso pela relação com governadores, prefeitos, parlamentares e no Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social. Acho que outra característica é o exercício permanente do diálogo, porque o Ministério das Relações Institucionais é sobretudo um ministério de construção de diálogo, de diferentes posições políticas, diferentes posições ideológicas, diferentes lugares institucionais. E uma terceira característica vem do envolvimento que tive com o movimento de saúde, espaço da mudança da escola médica, na Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico, que é um lugar com a preocupação permanente com a formação do profissional de saúde de todas as profissões. A capacidade de ter os profissionais de saúde envolvidos com o cuidado à saúde, a permanente possibilidade de atualização e a ideia de que as instituições de formação, de educação, tenham capacidade permanente de estarem inseridas, são preocupações que eu carreguei e que aqui no Ministério da Saúde vou tentar ter como uma das nossas prioridades.

RC – Qual foi seu primeiro desejo de implementar na política de saúde pública quando recebeu o convite para ser Ministro da Saúde?

AP – Acho que temos que construir uma mudança estruturante no conjunto do SUS, que significa ter um novo processo de contratualização entre União, estados e municípios. Precisamos de um mecanismo mais sólido para definição dos compromissos comuns, tendo muito claro um contrato de metas e compromissos por regiões de saúde e, junto com isso, um grande indicador nacional de garantia da qualidade de acesso. Eu disse que a minha obsessão, e tem que ser obsessão desse Ministério, um objetivo único do conjunto do Ministério, é o tema do acesso e do acolhimento em tempo adequado para

a necessidade de saúde da pessoa. Tem que estar no centro de qualquer processo de pactuação entre União, estados e municípios e eu acho que tem que estar no centro do diálogo tanto com a sociedade civil, com os movimentos sociais, quanto com o Congresso Nacional. Qualquer tema que vierem discutir comigo, quero saber o que isso amplia e onde amplia o acesso das pessoas à atenção à saúde de qualidade e em tempo adequado. Eu diria que esse é o principal movimento estruturante: conseguir construir em um curto espaço de tempo um instrumento mais sólido de definição de compromissos entre União, estados e municípios, com acompanhamento desses compromissos, valorização da regionalização, dos colegiados interfederativos nas regiões e colocando o tema do acesso no centro do processo de pactuação. Para isso precisamos ter um indicador nacional de garantia de qualidade de acesso, que pode até ter um componente de Atenção Básica, um componente de média e alta complexidade, mas que seja um marcador inicial do grau de acesso que as pessoas têm aos serviços de saúde. As ações e recursos devem ser no sentido de melhorar esse indicador no conjunto das regiões do país, em cada município, podendo descer até a cada rede de atenção e equipamento de saúde.

RC – Que elementos o senhor considera importantes em um indicador como esse, levando em conta as diferenças regionais?

AP – Eu acredito que esse indicador tem que ser construído a partir do que estamos chamando de mapa, que confronte as necessidades de saúde de cada região com o que é ofertado hoje em cada uma dessas regiões. Estamos considerando aquelas regiões sanitárias definidas ainda no processo de discussão do Pacto de Gestão. A partir desse mapa de ofertas e de necessidades, que tem uma forte identidade regional, produzir esse indicador de garantia de acesso e definir estratégias de ampliação do acesso.

RC – E a fonte dessas informações seriam os municípios? O que fazer em relação aos desafios dos sistemas de informação do SUS, que muitas vezes não se comunicam?

AP – Nesse momento é possível produzir esse mapa tendo um conjunto de informações adquiridas nas pesquisas nacionais de saúde, feitas, por exemplo, pelo IBGE ou pelos próprios sistemas nacionais do SUS. Existem cadastramentos de equipamentos de saúde, sistemas nacionais de serviços que registram a qualidade da equipe e informações produzidas nos colegiados intergestores federativos. Nós queremos valorizar esses colegiados na produção desse mapa, mas o que não falta é informação no campo da saúde. A questão é conseguir aproveitar essas informações para produzir a relação entre as necessidades e ofertas em cada região. Eu quero introduzir outros mecanismos de avaliação da qualidade, que



precisamos ter. Acho que o SUS está maduro para que possamos proliferar, pelo Brasil, experiências que alguns municípios já desenvolveram de avaliação permanente da satisfação do usuário do SUS, como os mecanismos de ouvidoria ativa, de pesquisas e estimativas rápidas, de acompanhamento telefônico da satisfação do usuário, para que sejam linhas de base das regiões, dos municípios e dos estados em relação ao atendimento do SUS. E acho também que podemos pensar em construir mecanismos, como já tivemos, de unidades sentinelas, que são construídas com uma certa amostragem, podendo até ser rotativas, e fazem aferição pontual da qualidade da atenção à saúde que está sendo prestada naquele serviço. Eu acho que precisamos retomar instrumentos que tínhamos de avaliação da qualidade dos hospitais no Brasil, para que junto com esse indicador que está sendo construído tenhamos outras abordagens da qualidade dos serviços de saúde, mas que sejam sobretudo linhas de base que possamos acompanhar ao longo de algum período.

RC – O senhor tem feito referência à necessidade do setor saúde assumir um papel mais protagonista na agenda nacional de desenvolvimento do país. Como na prática pretende levar a saúde para o centro dessa agenda?

AP – Em primeiro lugar trazer o tema da saúde para o centro da articulação política do país, em função da relação com os governadores e prefeitos, com o Congresso Nacional, para que seja um tema central dos atores políticos. Na operação de combate à dengue, a gente tem feito questão de viajar cada estado e construir com o governador, o prefeito da região, uma ação que não é apenas da saúde, é multisetorial. É fundamental a participação do Conselho Nacional de Saúde, mas qual vai ser nossa capacidade de interlocução também com outros atores da sociedade, que não estão no espaço restrito da saúde? Nas iniciativas que o Ministério da Saúde venha desenvolver, queremos fortalecer o papel e participação de outros setores que não só da saúde no acompanhamento dessas políticas, além de reforçar o papel do Conselho Nacional de Saúde e dos movimentos sociais nos vários comitês e câmaras do Ministério. Queremos fomentar e ceder para o conjunto do governo dados sobre as ações do chamado complexo produtivo de saúde, sejam as ações de parceria com toda a indústria desse complexo, como o esforço de inovação tecnológica, mas também o impacto econômico que as ações de saúde produzem em cada região do país. A saúde tem impacto econômico direto, sobretudo nos municípios menores, através da capacidade de consumo da sua força de trabalho. Vários dados dos equipamentos de saúde mostram o quanto eles são decisivos para o desenvolvimento

local. Às vezes a presença de condições de saúde é fator decisivo para atrair investimentos privados ou investimentos públicos para aquela região. Tem um tema no qual podemos ter um grande protagonismo, o que reforçaria o nosso papel na agenda nacional de desenvolvimento do país, que é o plano que a presidenta vem construindo de combate à miséria, no qual o setor da saúde tem um papel fundamental e decisivo. Temos ações muito específicas como saneamento rural da Funasa, acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família, ampla capacidade de aproximação e acolhimento de populações extremamente vulneráveis, como moradores de rua, populações usuárias de crack, populações indígenas, onde a expressão da miséria se faz de forma inclusive mais aguda. Como o setor da saúde é o que mais se aproxima dessas pessoas, podemos ser um fator importante para a inclusão social delas, para dar acesso à cidadania e até para possibilitar a aproximação de outras políticas públicas tão fundamentais para a geração de renda e combate à miséria.

RC – O senhor afirmou no seu discurso de posse que o SUS é uma referência de pactuação para as outras políticas públicas, mas que vive uma pactuação inacabada. O que na sua opinião falta para que ela se consolide?

questão é fortalecer os colegiados, a estratégia de regionalização, como ação comum dos três entes federados naquela região. Eu acho que a ideia da gestão compartilhada entre estado e município, o conjunto das redes daquela região, é fundamental para uma ação mais harmônica entre esses entes, para que o estado ocupe cada vez mais o papel que é seu de coordenador das políticas no âmbito daquela região e para que os municípios assumam cada vez mais o seu papel de gestor da rede no seu âmbito territorial. Os colegiados regionais trazem a ideia de que quando a rede ultrapassa aquele território específico, exigindo uma relação intermunicipal, o colegiado tem o papel de agregar, construir consenso e compartilhamento entre os seus entes. Eu diria que esses dois movimentos são fundamentais: de um lado a adoção de um contrato mais claro e do outro o fortalecimento do processo de regionalização e dos colegiados regionais.

RC – É um avanço em relação ao Pacto, que também trabalha essa perspectiva de divisão de responsabilidades?

AP – É um processo. O Pacto foi um avanço muito importante, mas precisamos dar um passo a mais em relação a ele. Por um lado, ter um instrumento mais



Fotos: Rubens Silva

AP – Em primeiro lugar a ideia de termos um instrumento mais sólido de definição de compromissos, metas e estratégias comuns, que estamos propondo com o contrato de ação pública. Este deve ser oriundo de um processo de regulamentação, de um decreto presidencial, e se tornar um instrumento que faça com que União, estados e municípios entrem em acordo não em cima de uma tabela de procedimentos, mas de um compromisso comum de garantia de acesso, de metas a serem acompanhadas e estratégias criadas a partir desses compromissos. Segundo, que esse contrato permita também dos gestores estaduais e municipais maior capacidade de conversar entre si, compartilhar políticas públicas e maior flexibilidade interna quanto ao uso do conjunto de recursos que são repassados no sentido de alcançar essas metas e compromissos. E, ao mesmo tempo, que permita que a União tenha um instrumento melhor de acompanhamento, de controle dos compromissos e metas acordados. Outra

sólido, que é a ideia de um contrato, fruto do processo de regulamentação da Lei 8.080, e por outro ter desde o começo um envolvimento maior com os chefes de governo nos estados e municípios. Eu defendo que esse contrato seja assinado pelo governador, pelo prefeito. Os secretários de saúde e o Ministério da Saúde têm um papel fundamental de definição técnica, condução das políticas, mas temos que responsabilizar o governador e o prefeito pela definição desse próprio compromisso comum.

RC – Nós tivemos oito anos de governo Lula e não conseguimos aprovar a Emenda 29 no Congresso. Qual a estratégia agora para conseguir a sua aprovação?

AP – Eu acho que há um sentimento nas várias lideranças partidárias, inclusive da oposição, de que é fundamental termos uma regra estável de

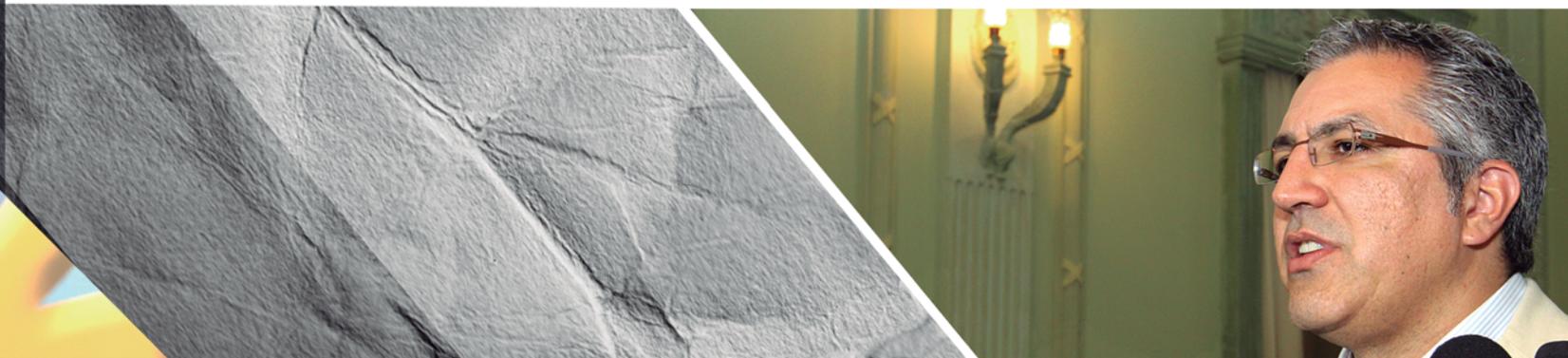
financiamento em relação à saúde, onde se diz claramente quanto cada ente da federação tem que investir e o que caracteriza investimento em saúde. Acho também que tem um sentimento geral de que nós precisamos de mais recursos para a saúde entre os vários partidos. Agora, eu tenho certeza absoluta de que tanto o Congresso Nacional, mas sobretudo a sociedade, só vai nos dar mais recursos se tivermos capacidade muito clara de mostrar onde vamos aplicar esses recursos, de que forma vamos fazer a gestão desses recursos e como eles vão ampliar de fato o acesso das pessoas. E temos que receber esse aviso da sociedade de forma muito humilde, porque embora tenhamos muito orgulho do que construímos no SUS ao longo desses anos, precisamos de convicção e humildade para ouvir essa crítica e transformá-la em esforço maior. De um lado, precisamos melhorar a gestão, fazer mais com os recursos que temos e, do outro, fazer com que as nossas decisões ajudem a consolidar um modelo de atenção que seja mais eficiente em relação ao que se gasta e melhore a atenção à saúde das pessoas, com a ideia de fortalecer a rede de atenção básica, de consolidar as redes de cuidado de forma integral, não desconexas, não desarticuladas, e de valorizar os trabalhadores, fazendo um esforço para reduzir a rotatividade dos profissionais.

para a sociedade que, como temos capacidade de fazer mais com o que temos, merecemos e precisamos de mais recursos. O crescimento do país permitirá esses novos recursos.

RC – Mas há uma estratégia a curto prazo para tentar aprovar a EC29 no Congresso?

AP – A curto prazo a estratégia é mostrar claramente que vamos ampliar a capacidade de gestão dos recursos da saúde, vamos ter instrumentos cada vez melhores de acompanhamento, de definição de compromissos mútuos, e vamos assumir o grande desafio de ampliar o acesso das pessoas aos serviços de atenção à saúde. Mostrando os motivos pelos quais precisamos de mais recursos eu acredito que conseguiremos conquistar, de todos os partidos da base e da oposição, um envolvimento.

RC – O senhor falou no seu discurso da relação contraditória entre os setores público e privado. Qual o projeto para melhorar essa relação?



RC – Em entrevista anterior, o senhor disse que para discutir aumento de recursos tem que debater também as fontes de financiamento. Quais fontes o senhor defende para a saúde?

AP – Eu acho que tem inúmeras fontes. Outro dia um médico brincou, falando o seguinte: “Não sei de onde vem, se vem do pré-sal, se vem da lua ou de Marte, mas temos que investir melhor os recursos que possamos ter na saúde e temos que ter mais recursos para a saúde.” O Brasil está crescendo economicamente, a perspectiva é de que vá continuar crescendo e a saúde tem que participar cada vez mais desse crescimento econômico, até porque é decisiva na manutenção do desenvolvimento do país. O debate da fonte, o Congresso Nacional, os governadores e prefeitos têm que construir. Acho que esse não é o tema decisivo, o tema central é termos uma regra de financiamento estável, fazermos mais com o que temos e mostrarmos

AP – Eu acho que o principal é retomar o fórum público privado, que foi fundamental na construção da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e na definição das primeiras iniciativas da ANS. Eu acho, por um lado, fundamental que tudo que estamos exigindo de melhoria da qualidade na saúde pública, de acompanhamento de indicadores, a gente estenda cada vez mais para o setor privado, para a saúde suplementar. Recentemente acabamos de soltar para consulta pública uma proposta de resolução da ANS onde estabelece a discussão do tempo de espera na saúde suplementar, critérios claros para cumprimento desse tempo e que os indicadores de tempo de espera se tornem parte dos indicadores de suficiência e qualidade da saúde suplementar. Iniciativas como essas, que a gente coloca o tema do acesso como central também da saúde suplementar, é um dos exemplos do que podemos fazer. O outro é discutir onde temos espaços complementares.

São nítidas algumas situações em que há excesso de oferta de serviços na saúde suplementar e escassez na área pública em várias regiões do país. Poderíamos ter ações mais complementares em relação a isso. Em outras situações tem carência de oferta na assistência suplementar, sobretudo nos serviços de urgência e emergência, e não excesso de oferta, mas oferta garantida na rede pública, tanto que a maior parte dos usuários da assistência suplementar procura os serviços de urgência e emergência do SUS. Essa complementaridade pode ajudar a fazer o debate sobre ressarcimento. Há uma lei que tem que ser cumprida, precisamos sentar com as operadoras para superar os entraves que existem hoje para o cumprimento da lei de ressarcimento.

RC – O senhor enfatizou o desejo de estar presente em todas as reuniões do Conselho Nacional de Saúde, levando inclusive a experiência do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social. É diferente a lógica de funcionamento desses dois conselhos?

AP – Eu já fui na primeira reunião do conselho, reafirmando o meu compromisso de estar em todas. Acho que no Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social tivemos a capacidade de adotar algumas iniciativas que fizeram com que ele se fortalecesse. Primeiro, a própria presença do presidente e do ministro. No caso do Conselho Nacional de Saúde, a presença do ministro, dos secretários, dos dirigentes das entidades e também das representações dos movimentos sociais é fundamental para a sua valorização. Segundo, é fundamental que o conselho

seja um espaço para debater uma agenda estratégica e, a partir dessa agenda, definir o conjunto das políticas, o acompanhamento e inclusive o controle das políticas. Acho que foi importante a decisão que o Conselho Nacional de Saúde tomou de adotar como novo eixo da 14ª Conferência Nacional de Saúde exatamente o tema do acesso, porque tem um eixo único, orientador dos debates dos demais e que possibilita a retomada de uma aliança do SUS com a própria sociedade. Acho que o nosso movimento político fundamental, inclusive no espaço do conselho, do controle social, é retomar essa aliança com a sociedade. Por vezes, os espaços não só do conselho nacional, mas dos estaduais e municipais, viraram espaços onde só nós, que somos catedráticos no SUS, participamos ou entendemos o que está se passando. E o terceiro é a busca permanente do consenso. No Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, empresários, trabalhadores, representantes da sociedade sentavam juntos, intercalados, os grupos de trabalho tinham composição compartilhada com todos os segmentos e setores e tinham prazo para concluir seus trabalhos, para apresentar suas propostas. Acho que o Conselho Nacional de Saúde é um espaço fundamental, sempre foi na história do SUS, e quero valorizar. É muito importante que ele seja um grande fórum de debate e de preparação para a 14ª Conferência Nacional de Saúde.

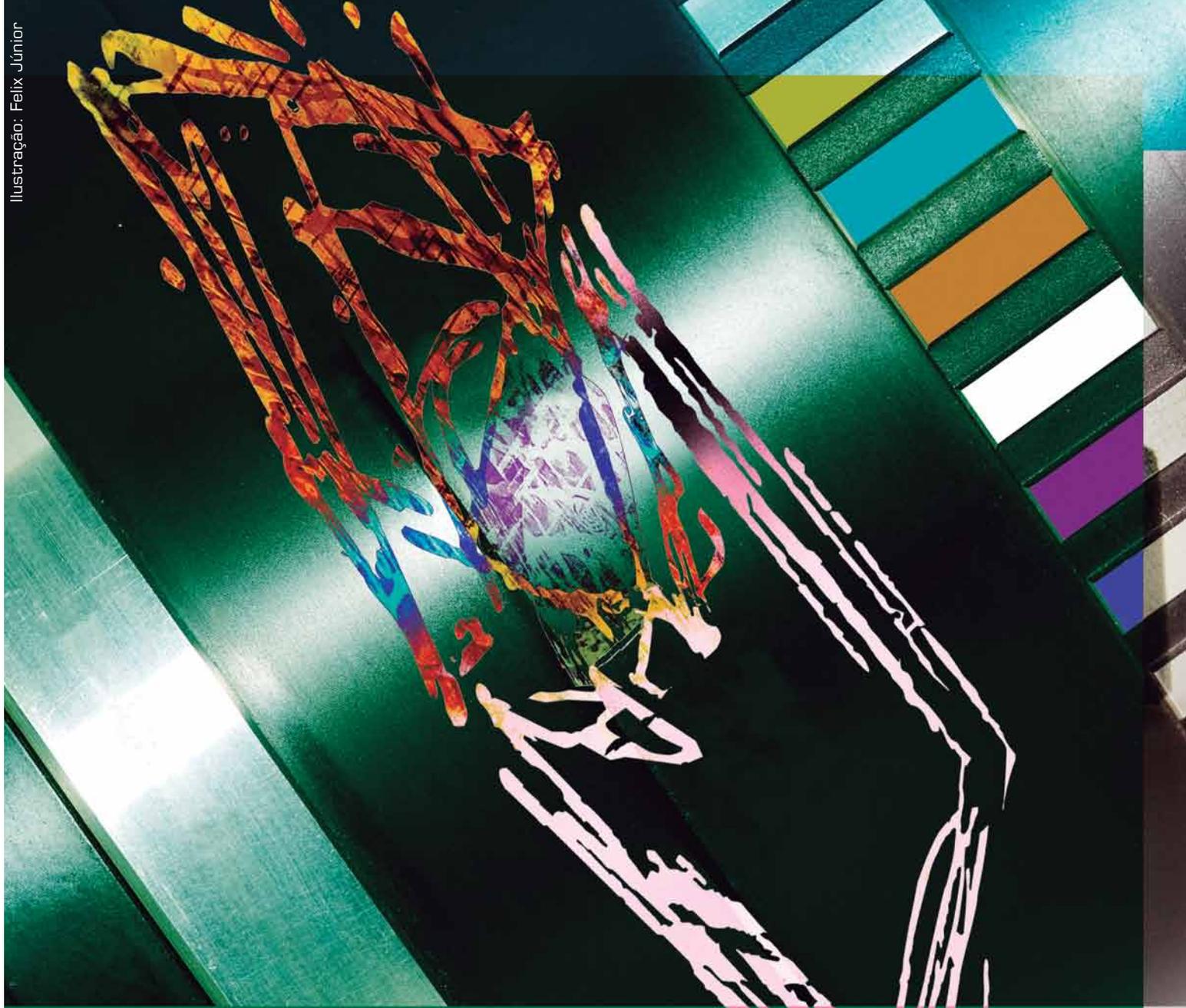
RC – Na composição do seu secretariado no Ministério da Saúde o senhor escolheu sanitaristas e municipalistas. Alguns já foram inclusive presidentes do CONASEMS, como o Odorico e o Helvécio. O senhor está tentando fortalecer a municipalização dentro do Ministério?

AP – Eu acho que é fundamental o papel que os municípios têm para a saúde. O SUS é uma das principais políticas nacionais que fortaleceu o papel dos municípios e é imprescindível a participação dos secretários e secretárias municipais em relação aos avanços que nós precisamos construir na saúde. Eu quero usar o peso que o Ministério da Saúde pode ter para fortalecer o papel dos gestores municipais na definição do conjunto das políticas de saúde do país, de forma muito articulada e compartilhada com os gestores estaduais.

RC – No seu discurso, o senhor afirmou que uma das grandes dificuldades do Ministério da Saúde é ser um único Ministério. Como o senhor pretende articular melhor as diferentes áreas?

AP – O Ministério se torna único quando ele tem uma política única e um objetivo principal único. Como para mim o tema da garantia do acesso e acolhimento, no tempo adequado e de acordo com as necessidades das pessoas, é o principal tema único desse Ministério, estamos fazendo um grande esforço para que as várias secretarias se articulem a partir desse tema, para daí termos um papel único também com os estados e municípios. ■





## DESAFIOS DA GESTÃO MUNICIPAL REDIRECIONAM A ATUAÇÃO DA ASSESSORIA DO CONASEMS EM 2011

O CONASEMS inicia seu planejamento em 2011 com a organização de uma oficina de trabalho envolvendo consultores e assessores, prevista para o final de fevereiro. A reportagem de Aline Matheus mostra que dentre as prioridades estão a organização do Congresso do Conselho e o apoio aos Cosems no fortalecimento da regionalização.

“Ano novo, vida nova”. A máxima popular, que rege tanto pessoas como instituições, aplica-se em parte à realidade do CONASEMS neste início de ano. O mês de janeiro serviu para que a equipe de assessores desse início ao processo de planejamento das suas metas e ações para 2011, sem deixar de lado as pendências que ficaram de 2010.

Embora o planejamento seja uma atividade básica a cada início de ano, o de 2011 traz consigo o desafio de adequar a atuação da assessoria frente aos desafios municipais, considerando o novo cenário de renovação dos governos federal e estaduais que tiveram início com a posse da presidenta Dilma Rousseff e dos novos governadores, no dia 1º de janeiro. Mesmo sendo sucessora do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, é de se esperar que Dilma imprima ao governo uma marca própria, o que pode representar mudanças significativas em todas as áreas, inclusive a Saúde. A perspectiva também vale para os estados.

Segundo o coordenador da assessoria técnica do Conselho, Nilo Bretas, o primeiro passo do planejamento do CONASEMS para 2011 será a realização de uma oficina de trabalho envolvendo os consultores e assessores do Conselho, prevista para o final de fevereiro. Nesta oficina, a expectativa é que, a partir da definição das prioridades, sejam traçadas as estratégias de ação, contemplando todas as parcerias já definidas, a exemplo do termo de cooperação com a OPAS (Organização Panamericana da Saúde), e a avaliação dos avanços em relação às estratégias colocadas pelas Teses do CONASEMS.

Dentre as prioridades, pode-se destacar a realização do Congresso Nacional, de 9 a 12 de julho. Na ocasião, considerando o caminho já trilhado, deverá se estabelecer as ações para vencer barreiras como a do financiamento definido e suficiente para a saúde, a reorganização da rede de atenção, o fortalecimento do Pacto pela Saúde, apontando rumos para o futuro e, ao mesmo tempo, instrumentalizando os municípios para a concretização de políticas definidas e pactuadas.

Ainda neste ano, o CONASEMS pretende desenvolver junto aos Cosems (Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde) processos de apoio à participação dos municípios no planejamento regional, incluindo os Colegiados de Gestão Regional (CGR). A ideia é elaborar um material específico para facilitar essa relação. O CONASEMS já apresentou ao Ministério da Saúde (MS) as experiências bem sucedidas de Minas Gerais e São Paulo do chamado projeto “apoiador”, visando a viabilizar recursos para que todos os Cosems tenham o mesmo suporte. “O CONASEMS está trabalhando junto ao Ministério da Saúde e elaborando o material para apoiar o planejamento regional”, antecipa Bretas.

Os núcleos temáticos do CONASEMS também deverão passar por uma releitura ao longo de 2011, para que possam atuar com mais eficiência diante das prioridades identificadas, direcionando de forma objetiva o trabalho dos assessores, por meio de matriciamento e construção coletiva de ações, cadernos e notas técnicas. Atualmente, o CONASEMS tem dez núcleos temáticos: Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; Participação e Controle Social; Promoção e Vigilâncias em Saúde; Ciência & Tecnologia e Assistência Farmacêutica; Comunicação; Economia da Saúde; Direito Sanitário; Relações Internacionais; Gestão, Atenção à Saúde, Planejamento e Informação; e Relações Interinstitucionais.

No entanto, mais fundamental ainda é delinear a atuação da assessoria frente ao pensamento da diretoria do CONASEMS, diante dos desafios a serem postos pelo novo cenário de 2011. “Só a partir daí, poderemos planejar mais objetivamente como será o apoio técnico para a diretoria na busca dos objetivos da entidade”, explica o assessor técnico do Conselho, Marcus Franco.

Também são metas da assessoria do CONASEMS em 2011 ampliar o trabalho de fortalecimento dos municípios nos colegiados de gestão,



Ilustração: Felix Júnior



a partir da produção de estudos técnicos e publicações específicas; e discutir a reorganização da atenção básica, ordenando a rede oferecida pelos municípios e considerando a informatização do sistema na lógica do cuidado em saúde. A implementação real e efetiva do novo cartão SUS é fundamental, com disponibilização de banda larga para conectividade em todos os pontos de atenção, como já anunciou o novo ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

De antemão, pode-se prever que a organização da atenção básica, base estruturadora do SUS, e a transição da rede de atenção atual para este novo desenho será o grande desafio dos municípios. Na avaliação da equipe técnica do Conselho, a rede de atenção básica disponível hoje é insuficiente e organizada segundo a lógica da oferta de procedimentos. Em contrapartida, o CONASEMS possui um acúmulo político e técnico sobre o tema que deve ser usado para apoiar os municípios no processo de solução dos problemas. “O novo Ministério da Saúde já perguntou qual a posição do CONASEMS sobre a atenção básica. Estamos até publicando – já está no prelo, um caderno sobre isso. Mas não é só fazer um documento. É preciso vivenciar de fato a questão”, avalia Franco.

Também é uma meta do CONASEMS fortalecer a relação interfederativa, apoiando-se nos projetos do novo Ministério, a fim de transformar demanda em ação.

### **Internacional**

Dentro do planejamento para 2011, não se pode esquecer ações do Conselho no âmbito internacional. Neste contexto, de acordo com o ex-presidente e assessor da área internacional, Silvio Fernandes, a principal meta será aperfeiçoar o intercâmbio com países que tenham sistemas universais de saúde. O objetivo é debater a descentralização e a regionalização do sistema.

Fernandes lembra que o SUS no Brasil vive hoje o desafio de integrar os serviços de saúde. “A fragmentação dificulta o atendimento de qualidade. Por isso, muitos países europeus e o Canadá estão preocupados com as questões da descentralização e da regionalização”, explica. Em 2010, o CONASEMS promoveu um encontro com a Espanha, dando início ao processo de integração com outros países, o que deve ser ampliado em 2011.

O Congresso Nacional do CONASEMS, marcado para julho, vai abrir espaço para a realização de uma oficina para discutir esse intercâmbio. Por isso, espera-se a participação de representantes de outros países para se discutir a integração e a cooperação entre eles, assim como debater a relação com países que fazem fronteira com o Brasil.

A formação profissional, particularmente de médicos, também está na pauta do CONASEMS em 2011. O Conselho já faz parte da Comissão Nacional de Residência Médica e pretende ampliar sua atuação no que diz respeito à formação e residência médica no SUS. Com isso, pretende-se formar mais médicos especializados na atenção básica, na saúde da família e incentivar a atuação em locais de difícil fixação, inclusive regiões metropolitanas das grandes capitais. O Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Médica e as unidades de ensino pretendem se unir para atuar concretamente, visando a melhorar essa formação. O novo governo inclusive já disse que quer concretizar a diretriz legal do SUS, ordenando a formação de profissionais em saúde.

Por fim, o CONASEMS pretende se debruçar sobre a avaliação dos processos educacionais de gestão da clínica em redes integradas de atenção à saúde e hospitais, fazendo estudos comparativos com outros países.

Diante de tudo isso, pode-se esperar um ano de muito trabalho para o CONASEMS. ■

# A CONJUNTURA DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO INÍCIO DE 2011

**Por Gilson Carvalho**

Mais um ano se inicia e o maior dos problemas do sistema público de saúde do Brasil continua sendo o brutal desfinanciamento. Coincide este início de ano com novos governantes nacional e estaduais, o que nos leva mais uma vez a pressionar para que aconteça este debate crucial.

O mesmo dilema de sempre volta à tona: falta dinheiro ou falta eficiência no seu gasto? Tão primária esta discussão polarizada e maniqueísta, que agride o bom senso!

Farei uma comparação, aparentemente inocente, mas que assistimos todos os dias. Vejo o SUS como um trabalhador de salário mínimo com um casal de filhos que não dá conta de viver com o mínimo de dignidade. Duas avaliações surgem. De um lado aqueles que avaliam que é impossível viver com dignidade com uma renda per capita desta família em cerca de 1/4 do salário mínimo: estado de miserabilidade ou pobreza extrema. Mas, também, todos conhecemos o outro lado que vai dizer que o problema é o pobre não saber usar bem seus poucos recursos, que há desperdício, que usa errado, que não prioriza. Esta discussão é antiga e repetitiva. Parece difícil as pessoas fazerem a junção destas duas hipóteses explicativas. É necessário mais recursos e, sempre, gastar bem estes recursos. É comodista as posições extremas, se fixando na defesa de uma única destas hipóteses: mais dinheiro ou mais eficiência.

Com a saúde pública os caminhos são por aí também: buscar mais recursos e melhorar a eficiência de seu uso.

A melhora da eficiência passa pela melhora do uso errado ou mau uso. Combater o uso errado através de mais e melhor cumprimento dos objetivos, princípios e diretrizes do SUS, melhor diagnóstico de situação, melhor planejamento; descrição de processos de trabalho, rotinas e protocolos das ações meio e fim; uso massivo do instrumental da informática; melhora na gestão de pessoas, administrativo-financeira, materiais e medicamentos, transporte, uso racional de serviços, ações e medicamentos... etc. Eficiência também no combate ao mau uso de todos os atos, diretos e indiretos, que representam corrupção, desde o desvio explícito de recursos físico-financeiros até as formas indiretas de corrupção por desvio de material, descumprimento de carga contratual de trabalho, uso de bens e serviços públicos em proveito e usufruto privado etc. etc.

A necessidade de mais recursos financeiros tem evidências facilmente demonstráveis. É incomparável a disparidade dos recursos destinados à saúde pública no Brasil sob vários paradigmas: valor per capita usado pelos planos de saúde brasileiros para a sua clientela sem considerar que oferecem menos serviços, nem o percentual remuneratório do capital constitucionalmente permitido; o valor per capita e de percentual do PIB dos recursos gastos em outros países com sistemas universais de saúde. Para estas comparações temos que tomar três grupos de dados: os gastos públicos com saúde no Brasil pelas três esferas de governo em 2009, que são os hoje disponíveis; gastos de planos e seguros de saúde no Brasil no mesmo ano; gastos de países com sistemas universais de saúde em ano próximo. Lembro que no rigor científico as comparações sempre claudicam, pois as realidades nunca são exatamente comparáveis. Não se podem comparar incomparáveis, mas é a única maneira de aproximação que podemos utilizar.

Trabalhamos com os dados Saúde Brasil de 2009, pois só daqui a alguns meses teremos os dados de 2010. O gasto público estimado para 2009 foi de R\$58 bi da União, R\$34 bi dos estados e R\$35 bi dos municípios, perfazendo um total público de R\$127 bi, 47% de todo o gasto com saúde no Brasil e 4% do PIB.

O gasto privado em 2009 pode ser analisado em três grandes grupos. O gasto com planos e seguros de saúde foi de R\$64 bi. O gasto direto do brasileiro financiando exames, consultas, internações foi de R\$24 bi. O gasto com medicamentos diretamente adquiridos nas farmácias pelo cidadão foi R\$55 bi. Nestas estimativas o gasto total privado chega a R\$143 bi, 53% do gasto total em saúde e 4,5% do PIB. O gasto total em saúde no Brasil, estimado para 2009, foi de R\$270 bi, ou seja, 8,5% do PIB brasileiro. Poderíamos fazer outro cálculo deste gasto computando-se a renúncia fiscal, que foi de R\$12,9 bi em 2009. Renúncia do imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas, o subsídio aos medicamentos e a renúncia fiscal com as entidades filantrópicas. Lembramo-nos que a União, principalmente, é uma grande financiadora dos planos de saúde com a assistência a seus servidores. Ainda existem os planos de saúde para o judiciário, ministério público e estatais. Aí haveria uma virada público-privado, onde o público seria o maior financiador da saúde no Brasil.

Não dispomos dos dados de 2009 com saúde dos países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), nem mesmo da OMS (Organização Mundial de Saúde). Vamos ter a limitação de usar dados do ano de 2007 da OCDE. São dois grupos de raciocínio usados na comparação com outros países: um utilizando-se o gasto per capita e outro o percentual do PIB. A primeira questão é qual é a média de gasto per





capita de países com sistema universais como o brasileiro? A média do gasto per capita é em US\$ 2.370 PPP. O Brasil, em 2009, gastou R\$649 ou US\$ 433 PPP per capita. Se utilizados o mesmo valor dos países com sistemas universais, o Brasil necessitaria, com sua população, de cerca de US\$ 453 bi PPP ou R\$ 679.

Usando o outro raciocínio, do percentual do PIB, podemos fazer uma média dos seguintes países: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, França, Alemanha, Irlanda, Itália, México, Holanda, Noruega, Espanha, Suécia e Inglaterra. Teremos um gasto médio de 9,7% do PIB.

Podemos comparar estes dados conjuntamente atribuindo-se um valor para o Brasil em bilhões de dólares para cada um dos parâmetros. Os gastos públicos com saúde em 2009 foram de R\$127 bi. Se utilizado 9,7% do PIB, são necessários R\$ 314 bi. Se utilizado o mesmo per capita dos planos e seguros de saúde, seriam necessários R\$ 295 Bi. Se utilizado o mesmo per capita médio dos países com sistemas universais, seriam necessários R\$ 679 bi.

Estas análises sumárias, com todas as limitações, dão uma dimensão de que não seja apenas uma percepção dos governos, dos profissionais e dos cidadãos usuários: existe falta absoluta de recursos que jamais poderá ser suprida apenas com medidas de melhor eficiência no uso de recursos.

### **Quais as saídas para este subfinanciamento da saúde pública brasileira?**

#### **1. Regulamentação da EC-29.**

Com mais de seis anos de atraso, está em votação o PLP de regulamentação da EC-29. Desde 2003 o projeto do Deputado Roberto Gouveia se arrasta em idas e vindas. Nenhum projeto fala em aumentar os percentuais de financiamento dos estados (mínimo de 12%) e dos municípios (mínimo de 15%). Sabe-se que os estados têm que cumprir este mínimo, pois quase a metade deles ainda não o atinge. Municípios têm superado em cerca de 30% e só no ano de 2009 colocou cerca de 10 bi a mais que o mínimo. O nó é o subfinanciamento histórico federal. São dois os projetos hoje em tramitação e que neste ponto visam tornar mais justo o financiamento federal. Existe o projeto capitaneado pelo Governo e sua base, que é o de manter o quantitativo federal ancorado no percentual de crescimento do PIB e de colocar dinheiro a mais só se for criada a CSS (Contribuição Social para a Saúde). Outro é aquele que ancora o financiamento federal em 10% da RCB (Receita Corrente Bruta) federal, que já teve a aprovação unânime do Senado. O projeto da Câmara é tudo que não queremos, pois cria uma contribuição social para a saúde que vai estimativamente arrecadar cerca de R\$15 bi, mas que vai significar um aumento real para o financiamento da saúde de apenas cerca de R\$5 bi. Os quinze bi terão que sofrer deduções: de R\$3 bi para a receita geral da união pela constitucional DRU (Desvinculação de Recursos da União) aprovada no Congresso; de uns R\$7 bi para compensar a perda dos recursos públicos estaduais que não incluirão mais no cálculo de seus 12% os recursos da base destinada ao FUNDEB (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Atenção Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação) - imoralidade já aprovada na Câmara. O impasse passa por uma decisão estratégica complicada: aprovar de qualquer maneira na Câmara, com todas as desvantagens, e apostar numa mudança radical no senado em que a saúde ganhe, sem perder. O risco é apostarmos na mudança do projeto quando chegar ao senado e esta mudança não acontecer. Corremos o risco de ir pedir mais contribuição da sociedade e esta, mais uma vez, não ser levada pela saúde que fica com o ônus e desgaste de ter criada a CSS que nada trará de mais recursos, pois serão constitucional e legalmente desviados para outras áreas!!! Mais uma agressão aos cidadãos e mais um fiasco que à frente será atribuído à saúde.

#### **2. Reforma tributária**

Muito se discutiu nestes últimos anos sobre a necessidade de se fazer uma reforma tributária no Brasil. A reforma tributária necessária é aquela que traga mais justiça fiscal, buscando recursos de quem mais tem e amealha, ao contrário de hoje onde os que menos têm mais contribuem proporcionalmente. Outra questão crucial é a facilidade de arrecadação com menos custo no processo, para se ter mais na atividade finalística. O projeto de lei discutido no Congresso e a proposta do relator estão sendo bombardeados desde o ano passado, levando-se em consideração que seja uma proposta ruim. A área de proteção social (saúde, previdência, assistência social, trabalho e educação) acaba sendo a maior perdedora. O caminho é estar alerta para que não se tente novamente colocá-la em votação, pois, entre outras, a atual proposta faz mal à saúde.

Para finalizar e reafirmando o raciocínio inicial: junto com mais dinheiro é necessário mais eficiência no uso dos recursos. Minha constatação é de que quem mais sofre com a falta de financiamento é o cidadão, que não dispõe dos serviços necessários à promoção, proteção e recuperação de sua saúde. Depois disto tenho que lembrar que são estados e municípios corretos, que usam mais eficientemente os recursos e cumprem os mínimos constitucionais, que mais amargam com a falta de recursos. Para se punir corruptos e ineficientes, quem paga esta conta é o gestor correto e eficiente. ■

**Gilson Carvalho** é médico pediatra e de Saúde Pública - [carvalhogilson@uol.com.br](mailto:carvalhogilson@uol.com.br).

O autor adota a política do copyleft, podendo este texto ser multiplicado, editado, distribuído independente de autorização do autor - Textos disponíveis em [www.idisa.org.br](http://www.idisa.org.br)



# HIPER TEXTO

Além do novo site, o CONASEMS ([www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br)) lançou perfis nas redes sociais. Sigam e divulguem o twitter @conasemsoficial e o Facebook - Conasems Nacional

O Governo Federal lança site com diversas informações sobre crack no país - [www.brasil.gov.br/enfrentandocrack](http://www.brasil.gov.br/enfrentandocrack).

No portal da Presidência da República, no link da Secretaria de Política para as Mulheres (<http://www.sepm.gov.br>), você encontra II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

A Política Nacional de Atenção Básica está disponível na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://bvsms.saude.gov.br>

No site <http://www.saude.ac.gov.br> estão disponibilizadas informações sobre as iniciativas mais importantes da Secretaria Estadual de Saúde do Acre. Lá você encontra notícias, editais, programas, etc. ■



## DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO PAÍS

Um recorte sobre o Brasil e a descoberta de boas experiências na Atenção Básica em municípios com diferentes características. Esta é a tônica da reportagem de Clarissa Tavares, que revela do Amazonas à Santa Catarina como gestores municipais têm lançado mão da criatividade e do esforço para oferecer serviços qualificados.



Como os municípios brasileiros lidam com o desafio diário de garantir a seus habitantes serviços eficientes e universais de proteção e promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças? Esta é uma questão que não possui resposta uníssona e sim respostas diversas formadas por experiências de municípios de grande, médio e pequeno porte, que retratam os mais variados esforços na difícil tarefa de garantir a boa saúde da população em todas as regiões do país.

É na ponta, ou seja, em cada município, que as ações em saúde se concretizam no dia a dia. E, por isso mesmo, é no município que deve estar estruturada toda uma variedade de serviços e ações, chamada de Atenção Básica ou atenção primária, para assistir aos usuários em seu primeiro contato com a rede pública de saúde. “A Atenção Básica deve ser entendida como porta de entrada preferencial no sistema de saúde. Deve ter qualidade resolutiva e poder efetivar a integralidade da atenção nos seus vários aspectos”, defende o presidente do CONASEMS, Antônio Carlos Figueiredo Nardi.

Integrar ações programáticas à demanda espontânea de forma articulada com a promoção, a vigilância, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação em saúde são características que Nardi define como essenciais para uma Atenção Básica resolutiva e ordenadora do cuidado.

Para que isso ocorra na prática é preciso que haja, além de vontade política, investimento financeiro compatível com a diversidade de ações e serviços a serem ofertados. No entanto, o que vem ocorrendo, segundo o assessor do CONASEMS, Marcos da Silveira Franco, é uma diminuição significativa do financiamento da Atenção Básica no país nos últimos anos.

Segundo ele, o Ministério da Saúde aumentou, ao longo dos últimos dez anos, seis vezes o financiamento da média e alta complexidade e apenas três vezes o

da Atenção Básica. “Houve um ‘desfinanciamento’ de 50% da Atenção Básica em relação ao restante das ações em saúde no país. Se a Atenção Básica deve ser responsável por, pelo menos, 80% das ações, trabalhando a promoção, a prevenção e a proteção, podemos dizer que a população brasileira está desestruturada na sua capacidade de acesso aos serviços de saúde”, conclui.

Há ainda, na questão do subfinanciamento da Atenção Básica, a parcela de responsabilidade de grande parte dos governos estaduais que não tem se portado como corresponsável pela questão e, conseqüentemente, não tem repassado recursos para a Atenção Básica como define o Pacto pela Saúde.

### **Problemáticas e perspectivas**

Também se coloca como desafio para a qualificação da saúde primária no Brasil a atual formulação da proposição da Atenção Básica. Por ser um país com proporções continentais, com uma área territorial de mais de 8.000.000 km<sup>2</sup> e cerca de 190 milhões de pessoas, o Brasil agrega diversas realidades. Nesse sentido, não dá para afirmar que a Atenção Básica desenvolvida em regiões da Amazônia, no Cerrado, no Sul ou nas grandes metrópoles deva seguir um modelo único.

Para Franco, não existe um modelo específico, padronizado, que possa ser aplicado no país inteiro. A realidade local é que vai determinar quais as necessidades que a Atenção Básica precisa ter. Ele afirma a necessidade de se rever e flexibilizar o modelo de Atenção Básica de tal forma que consiga responder às necessidades regionais e locais. “Não é possível imaginar uma homogeneidade no país em relação à Atenção Básica, mas é preciso que haja uma flexibilização dos processos sem flexibilizar os seus princípios estruturantes, tais como a longitudinalidade, universalidade, integralidade, dentre outros”, pontua.

Outro tema debatido pelo CONASEMS é a dificuldade de contratação e fixação de profissionais, em especial médicos, para integrar as equipes de Saúde da Família e as unidades básicas de saúde, principalmente em municípios do interior. A falta de condições do setor público para encarar a competitividade salarial que outros setores impõem e a ausência de atrativos socioculturais nas pequenas e médias cidades são os fatores mais citados. Mas há também, como lembra a vice-presidente do CONASEMS, Aparecida Linhares Pimenta, uma diminuição do número de médicos que se especializam como generalistas e assim estejam aptos para compor as equipes de Saúde da Família, como também de clínicos gerais, ginecologistas obstetras e pediatras para integrar as unidades básicas.

De acordo com Aparecida, as residências médicas em Saúde da Família e em medicina geral e comunitária têm sido preteridas por especialidades como oftalmologia, dermatologia, cirurgia plástica, ultrassonografia etc. "A diminuição na procura por Residências em Saúde da Família e em medicina geral e comunitária comprometem a expansão da Estratégia de Saúde da Família, como também a resolutividade da Atenção Básica e a sua responsabilidade de ser gestora do cuidado e organizadora da rede de atenção", afirma.

As soluções propostas pelo CONASEMS para que os municípios consigam enfrentar esses desafios e oferecer a suas populações uma Atenção Básica continuada e com qualidade passam, segundo Aparecida, em primeiro lugar por uma reformulação do financiamento. Hoje o Piso da Atenção Básica (PAB) repassado pelo Governo Federal aos municípios é de R\$ 18 por habitante/ano. A proposta é que ele dobre e passe a R\$ 36 por habitante/ano.

Ainda para incrementar o orçamento da Saúde dos municípios, deve haver o comprometimento real dos governos estaduais de financiar a Atenção Básica e participar efetivamente da Estratégia de Saúde da Família. A orientação é de que as esferas federal, estadual e municipal custeiem a Atenção Básica, na razão de 50%, 25% e 25% (respectivamente), rateando assim o alto valor investido atualmente pelas gestões municipais e possibilitando a melhoria dos serviços ofertados.

Já a solução proposta para a contratação e fixação de médicos na Atenção Básica é a formulação de uma política nacional de gestão do trabalho médico e de educação permanente a fim de reverter a situação encontrada hoje. Aparecida fala que será necessário ampliar as ofertas de vagas para residência médica em medicina geral e comunitária, realizar cursos de especialização para médicos de família e disponibilizar processos de educação permanente em saúde por meio de uma maior integração entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

Com o objetivo de reacender a discussão sobre a Atenção Básica no país pelo viés das demandas dos executores, ou seja, os municípios, a diretoria e assessoria do CONASEMS elaboraram uma publicação com as principais estratégias, demandas

e sugestões para as questões referentes à Atenção Básica. O documento será lançado em forma de livro e distribuído, a partir de fevereiro, a fim de subsidiar de maneira política e técnica os gestores municipais nas suas discussões, reivindicações e organização do modelo de gestão.

### **Como é trabalhada a Atenção Básica em diferentes realidades?**

Enquanto as mudanças propostas por gestores municipais, por meio do CONASEMS, não se concretizam, os municípios precisam agir com as ferramentas de que dispõem. Pode ser uma capital ou uma cidade no interior, estar no extremo norte ou no litoral do país, ter uma grande população ou ser um município de pequeno porte, o que interessa é conhecer a realidade local para aprender a lidar com as diferentes adversidades. São destas vivências que surgem experiências exitosas a serem recontadas.

#### **Borba - AM**

Em Borba, no coração da Amazônia, a saúde chega de barco. A cidade de 32 mil habitantes dispersos em mais de 44 mil Km<sup>2</sup> tem uma densidade demográfica de menos de 1hab/ Km<sup>2</sup>. Como mais da metade da população está na zona rural, o acesso das equipes de Saúde da Família a estas mulheres, homens e crianças só é possível, na maioria dos casos, pela via fluvial.

Para atender os moradores dispersos, das nove equipes de Saúde da Família disponíveis, três estão localizadas na área rural e, destas, uma é móvel. Há ainda na área rural quatro unidades do Programa de Agentes Comunitários para subsidiar as ações da Atenção Básica e três Polos de Saúde Indígena, mantidos em parceria com o Governo Federal, para atender a população de cinco mil indígenas habitantes no município.

Devido ao grande número de famílias habitantes em áreas ribeirinhas ou isoladas, o município decidiu investir em um projeto ousado para ampliar e qualificar o acesso destas populações aos serviços de saúde: a construção de uma unidade básica de saúde fluvial. O projeto teve início com o lançamento da Portaria nº 2.191/10, publicada ano passado pelo Ministério da Saúde, que determina que os municípios da Amazônia Legal e do Mato Grosso do Sul poderão optar pelos arranjos de Unidades de Saúde da Família Fluviais e de Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas, para complementar as estratégias já existentes.

Segundo a secretária da Saúde de Borba, Adriana Moreira, o município encomendou o projeto de um barco a uma empresa de engenharia naval e a execução está orçada em R\$ 2 milhões. Pela portaria do MS, o município já conseguiu R\$ 800 mil e vai continuar pleiteando a liberação da outra parte do montante para executar o projeto ainda este ano.

“O Ministério não tem experiência com um projeto como esse, por isso a demora na liberação do recurso, que é dez vezes o valor de uma unidade básica convencional. Mas o projeto de Borba será pioneiro e, a partir dele, serão criados os critérios e padrões para outros municípios que precisem prestar o atendimento por via fluvial”, conta a secretária.

Para compor a Unidade de Saúde Fluvial serão contratadas mais duas equipes de Saúde da Família, uma equipe de saúde bucal e outra para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Adriana espera com isso conseguir chegar à cobertura total do atendimento à população que hoje é de 78%.

Apesar de ainda não ser a ideal, a cobertura já é uma conquista que Adriana pontua. Há seis anos, quando assumiu a pasta, o município contava com apenas duas equipes de Saúde da Família que não funcionavam de maneira regular. Não havia médicos, os horários eram reduzidos e em apenas uma equipe havia programa de saúde bucal.

Hoje, ela contabiliza um NASF e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que dão apoio ao trabalho das nove equipes de Saúde da Família e das quatro unidades do Programa de Agentes Comunitários, e conta com oito equipes de saúde bucal. Perseguindo bons resultados, o município investiu em 2010 cerca de 19% do seu orçamento na Saúde.

### **Iporá - GO**

Localizada a 216 km a oeste de Goiânia, Iporá, em Goiás, é um município pequeno com cerca de 32 mil habitantes distribuídos em 1.030 km<sup>2</sup>. A população, localizada principalmente na área urbana, é assistida por meio de oito equipes de Saúde da Família que atuam de forma integrada aos 76 agentes comunitários de saúde.

Os menos de 10% da população que se encontram na área rural recebem atendimento por meio de uma visita agendada mensalmente de um ônibus equipado com consultório médico, odontológico e espaço para coleta de material de laboratório.

Na estrutura da Atenção Básica, a cidade conta também com um NASF integrado por farmacêutico, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, enfermeira com especialização em ginecologia e obstetrícia, pediatra e duas fisioterapeutas.

Porém, é no trabalho comunitário que a secretaria vem se destacando. Algumas ações de promoção fortalecem o sentido comunitário ao ponto de haver grupos de caminhada que realizam ações e festejos comunitários, assim como também se reúnem para discutir os problemas da comunidade.

O acesso contínuo às unidades de saúde também têm fortalecido os vínculos dos usuários entre si e destes com suas unidades e profissionais. “O resultado é que hoje o primeiro lugar onde o usuário procura uma atenção ou orientação é na unidade de Atenção Básica. Ele sabe qual sua equipe, conhece os

profissionais, os agentes comunitários e, por Iporá ser um município pequeno, facilita ainda mais ter essa proximidade”, afirma a secretária da Saúde, Lucélia Borges de Abreu Ferreira.

A proximidade de que fala Lucélia acabou organizando a demanda. A secretária conta que, há cinco anos, o usuário se deslocava primeiramente ao hospital, causando a dificuldade em resolver o fluxo de atendimento. Hoje a organização dos serviços da atenção primária mostrou ao usuário que a hierarquização facilita o seu acesso ao sistema de saúde e lhe proporciona resolutividade.

Outra ação da secretaria ocorre em parceria, firmada desde 2008, com o Conselho de Segurança Pública do município, que realiza rotineiramente ações de prevenção contra o uso e tráfico de drogas. Duas turmas de agentes comunitários de saúde já receberam capacitação da Secretaria de Segurança Pública para identificar situações de risco em relação ao uso e tráfico de drogas, situações de violência doméstica, abuso e violência sexual. Os agentes comunitários realizam um trabalho de prevenção e identificação junto às escolas e nas áreas de cobertura do PSF.

Segundo Lucélia, a preocupação em prevenir e identificar os casos de uso e tráfico de drogas é decorrente do fato de o município, apesar de pequeno, ser o centro para consumo de produtos e serviços de oito municípios vizinhos e, principalmente, por estar localizado em uma rota de tráfico devido ao trânsito oriundo dos estados de Mato Grosso e Rondônia e de países como a Bolívia e o Paraguai. “Temos alta incidência de tráfico e usuários de drogas, principalmente do crack”, afirma.

Apesar de o município investir 22% do seu orçamento na Saúde e ter uma cobertura de 80% da população, Lucélia lamenta o fato de ainda não poder contar com ações específicas para o tratamento de usuários de drogas.

### **Vitória - ES**

A capital do Espírito Santo possui sua Atenção Básica distribuída em 27 territórios de saúde, onde estão dispostas 28 unidades básicas, das quais 21 possuem a Estratégia de Saúde da Família e 3 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Para suprir a demanda, 70 equipes de Saúde da Família e 357 agentes comunitários prestam atendimento, atingindo 77% de cobertura populacional.

Com o objetivo de qualificar o acesso, a secretaria municipal da Saúde somou, em todas as 28 unidades, outras categorias profissionais às equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários. Assim, cada unidade conta, além do médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde, com mais farmacêutico, psicólogo, assistente social, pediatra, técnico esportivo e um profissional com especialização em saúde pública que articula as equipes para a

vigilância em saúde. O município conta também com apoio matricial em saúde mental, do idoso e da mulher.

Segundo o secretário da pasta, Luiz Carlos Reblin, o destaque em Vitória está na ação intersetorial por meio de uma instância chamada Câmara Territorial. Dela participam todas as estruturas das secretarias de Saúde, Educação, Assistência Social, Habitação etc, presentes no território, tais como as unidades de saúde, as escolas e os centros de referência. "A visão sobre a região é coletiva e abrange todos os serviços que o município dispõe, o que qualifica o trabalho da Atenção Básica. É um novo formato de fazer gestão na cidade", afirma.

Funciona por meio de um encontro mensal em que o conjunto de gestores identifica de forma coletiva os principais problemas do território em questão. "Uma determinada região identificou a gravidez na adolescência como um problema e todas as estruturas locais passaram a atuar de maneira mais organizada sobre o problema na região", diz. É uma instância de ação coletiva da prefeitura em cada região da cidade.

Outra proposta inovadora para a Saúde no município é a classificação de risco no território, que significa classificar o risco de cada família, ampliando a cobertura para quem apresenta maiores fatores de risco e vulnerabilidade. Desta forma, é possível concentrar mais visitas e mais atenção às famílias mais desestruturadas e que mais necessitem de acompanhamento. A pasta já classificou 63% da população atendida pelo SUS e a intenção é chegar aos 100% até o final da gestão.

Ainda é desafio para o município, que em 2010 investiu 15,6% do seu orçamento na atenção primária, conciliar a Atenção Básica com a média complexidade. "A Atenção Básica acaba sobrecarregada porque não consegue remeter o paciente para a média complexidade", diz o secretário. Há ainda o problema de Vitória não contar com o cofinanciamento do governo do Estado, apesar do compromisso já declarado pelo novo governador em apresentar uma proposta de repasse para o município.

### Sobral – CE

Considerado um município de médio porte, Sobral, no Ceará, é referência para os demais municípios da região Norte do estado. Com uma população de 188 mil habitantes, o município atinge uma cobertura de 94% com a atenção primária. Para alcançar esse resultado conta com 48 equipes de Saúde da Família e 410 agentes comunitários distribuídos em 27 unidades básicas de saúde, localizadas em todos os bairros do centro urbano e nos 14 distritos da zona rural.

"Nosso objetivo é garantir uma atenção primária que promova a 'desospitalização'. Então trabalhamos a cultura das pessoas para que tenham como porta de entrada do sistema as unidades de Saúde da Família. Fazemos da atenção primária a principal estratégia para garantir o acesso da população aos serviços de saúde com qualidade", define o secretário da pasta da Saúde, Carlos Hilton Albuquerque Soares.

Para ele, hoje a principal estratégia da política de saúde é a participação social. Em cada bairro e em cada distrito rural há um Conselho Local de Saúde e Desenvolvimento Social que garante a participação popular. As políticas são discutidas a partir das demandas comunitárias e as discussões contam com a participação dos mais interessados na oferta de saúde com qualidade, os usuários.

As reuniões dos conselhos locais ocorrem uma vez por mês, quando são discutidas as demandas da sociedade e apresentadas, pela secretaria da Saúde, as estratégias de prevenção e promoção da saúde como o controle de doenças como a dengue, hipertensão e diabetes. Busca-se também promover a participação de profissionais de outras pastas como Educação, Assistência Social e Segurança Pública para discutir e promover iniciativas intersetoriais. As ações da Saúde e Educação, por exemplo, são projetadas para





Foto: Ivo Rodrigues

diminuir os indicadores de drogadição na juventude e gravidez na adolescência. Com a Assistência Social e Segurança Pública trata-se de temas como violência doméstica, abuso e violência sexual.

Porém, não há uma exclusividade de discussão das ações em saúde. Podem ser discutidos os temas de interesse da comunidade que incluem políticas de habitação, saneamento básico, educação, segurança etc. e é quando surge a oportunidade para convidar os secretários municipais de outras pastas.

Existem hoje 35 conselhos locais, sendo 14 localizados nos distritos rurais e 26 nos bairros urbanos. “Os conselhos representam uma experiência no sentido de formar uma cultura que vai passar de geração a geração e que a gente sabe que a comunidade nunca mais vai retroceder quanto à sua participação na política pública”, afirma o secretário.

Sobral é também pioneiro na formação de profissionais em Saúde da Família com a primeira escola especializada no tema, a Escola Visconde de Sabóia, que desenvolve cursos em Saúde da Família desde 1997. A escola atrai médicos e outros profissionais de várias partes do Brasil para fazer residência nos programas de Saúde da Família. Também desenvolve programas de educação permanente para profissionais de nível médio, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que são funcionários do município.

### **Florianópolis - SC**

Florianópolis, em Santa Catarina, privilegia a Atenção Básica investindo 21% do seu orçamento municipal na atenção primária. O município conta com 50 unidades básicas de saúde integradas por 99

equipes de Saúde da Família e 39 de saúde bucal. Com isso, atinge uma cobertura de 85% dos seus 410 mil habitantes, o que o coloca na terceira posição entre as capitais na cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família.

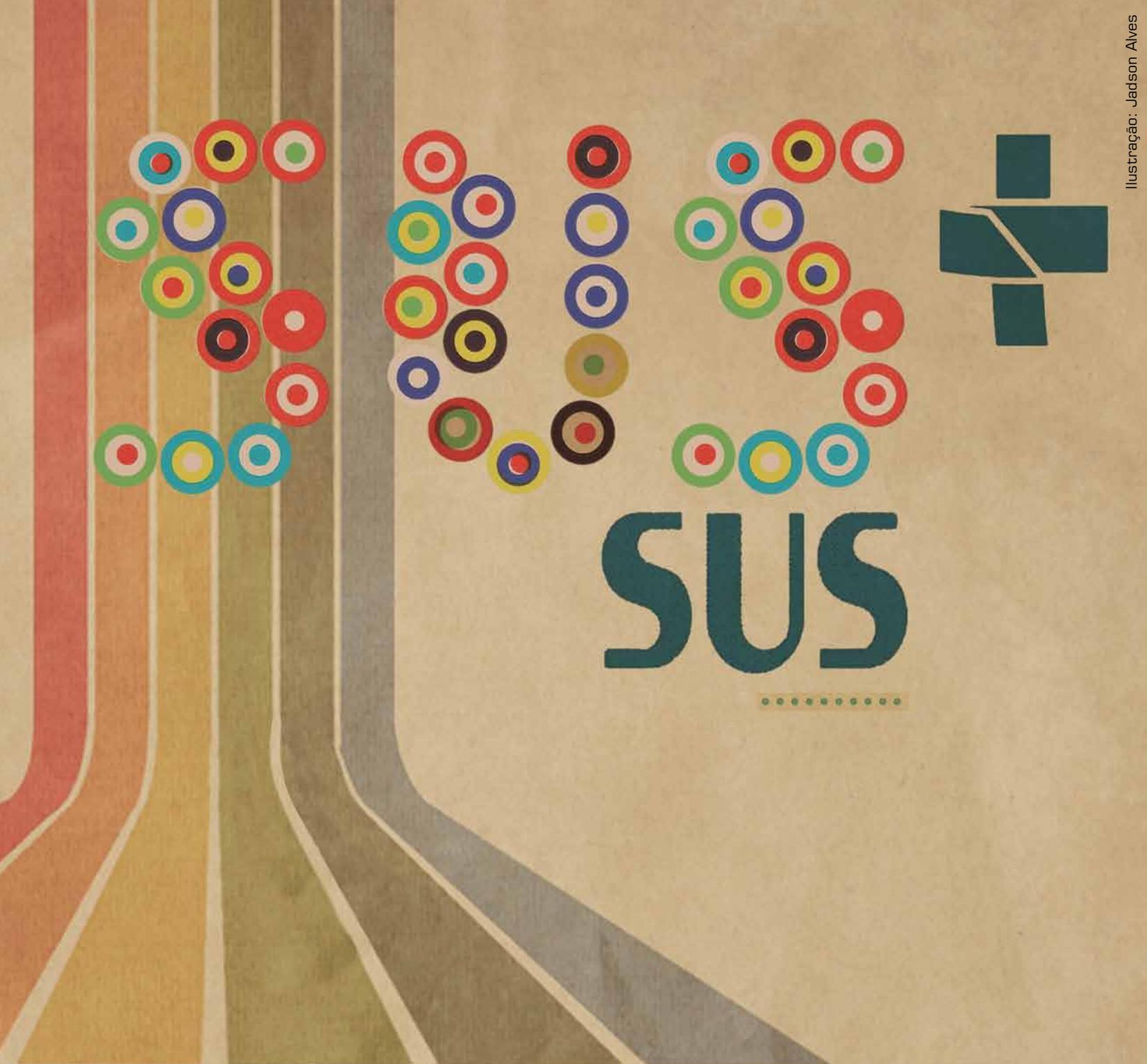
Segundo o secretário da Saúde, João José Cândido da Silva, a intenção foi fazer da atenção primária a executora principal de toda rede de atenção à saúde no município. “As unidades de saúde passaram a gerenciar a média e alta complexidade”, afirma. Ele diz que os resultados alcançados em Florianópolis romperam com a crença de que ao incrementar a atenção primária aumenta-se o número de exames, consultas e internações para a média e alta complexidade. “Tivemos uma queda na internação hospitalar por doenças suscetíveis a uma boa atenção primária em 26%. Hoje o município tem o índice de 7.1 internações por 100 habitantes e economizamos 600 internações por mês”, contabiliza. Na área da saúde mental a queda chegou a 36% das internações hospitalares.

Para isso, foi necessário investimento, implantação de um bom sistema de informatização em saúde e inovação. Foi criada, por exemplo, uma residência médica e uma residência multiprofissional em saúde da família em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina para atrair os profissionais a trabalhar com atenção primária. Também foi proposta uma mudança no currículo dos profissionais da área da saúde da UFSC, passando a privilegiar a rede de saúde pública como um centro de treinamento. Atualmente circulam pela rede 1.340 alunos da universidade federal.

Outro destaque é o Programa Capital Criança, que já existia quando o secretário assumiu a pasta em 2006 e foi aperfeiçoado durante sua gestão. Por meio dele, ocorre o acompanhamento da gestante desde o início da gravidez, com o mínimo de seis consultas, realização de todos os exames e indicação da maternidade onde a gestante dará a luz. Após o parto, a mãe recebe a visita de um técnico de enfermagem que a presenteia com uma bolsa com produtos para os primeiros cuidados com o cordão umbilical, assaduras, caderneta de vacinação e a marcação da primeira consulta da mãe e da criança. Além disso, todos os recém-nascidos recebem, ainda na maternidade, seja pública ou privada, a vacinação contra BCG e Hepatite B. A criança é acompanhada até os 12 anos por meio do programa.

Também no Capital Criança foi instituída uma comissão interinstitucional para apuração das causas de mortalidade infantil e materna, com o objetivo de descobrir onde e porque as mortes acontecem e, a partir das informações, buscar melhorar os indicadores.

Os cuidados promoveram uma redução brutal da taxa de mortalidade infantil, que em 1996 era de 23,2/1.000 e em 2009 foi de 9/1.000. A taxa de mortalidade infantil no município encontra-se abaixo de dois dígitos, variando de 7.9 a 9.8/1.000, desde 2004. ■



## MUDANÇAS NA RELAÇÃO INTERFEDERATIVA PODEM TRAZER GRANDES AVANÇOS AO SUS

Atingida a maturidade, o SUS busca agora o aprimoramento. Um mecanismo fundamental nesse sentido é o aperfeiçoamento da relação entre União, estados e municípios na condução das políticas de saúde. Como mostra a reportagem de Tarciano Ricarto, as perspectivas de avanço são positivas, o que pode significar a diminuição da sobrecarga sobre os municípios.

A Constituição Brasileira de 1988, quando trata em seu artigo 30 das competências dos municípios, é clara ao estabelecer que cabe a eles “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.” Embora bastante explícita a definição legal, o trabalho de prover atenção à saúde padecia, na prática, da ausência de um dos princípios que deveriam nortear a gestão federativa prevista constitucionalmente: a ação cooperativa e solidária entre União, estados e municípios.

A experiência de mais de 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil demonstrou que o processo de descentralização do poder nessa área significou uma sobrecarga de atribuições e um dispêndio cada vez maior de recursos dos municípios, sem que houvesse, de fato, a contrapartida da participação efetiva no planejamento e financiamento das ações. No decorrer desse período, o ideal de federação previsto em lei esbarrou numa resistência do poder central em aceitar que não cabia a estados e municípios o papel de meros expectadores dos projetos do Governo Federal ou de executores de ideais pré-estabelecidos.

A despeito desses entraves, a resistência dos gestores de saúde e as ações concretas para fazer valer os princípios solidários e democráticos do pacto federativo desencadearam uma série de conquistas que, aos poucos, estão rompendo essas barreiras. Experiências bem-sucedidas de formulação e de pactuação de políticas estão revelando que a área da saúde é um campo fértil, onde o processo de descentralização e de municipalização de políticas pode amadurecer e prosperar, servindo, inclusive, de exemplo para outras áreas da gestão pública.

“Nós temos nesse processo um grande desafio que é a construção de um Sistema Único de Saúde dentro de uma federação – um SUS num país dividido numa esfera federal, estadual e municipal, cada uma com autonomia entre si”, analisa Luiz Odorico Monteiro de Andrade, secretário de Gestão Estratégica e Participativa do MS (Ministério da Saúde), que destaca o processo de descentralização da saúde no país como o maior da história brasileira e, certamente, um dos maiores do mundo.

Nesse processo, o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Antônio Carlos Figueiredo Nardi, avalia que um dos mais significativos avanços conquistados nos últimos anos foi a assinatura do Pacto pela Saúde. “Ele foi construído a seis mãos, entre União, estados e municípios. Embora o Pacto não esteja efetivado em sua totalidade, já estamos avançando muito”, analisa.

O Pacto pela Saúde alterou consideravelmente a maneira de atuação dos entes federados no SUS, ao romper com as políticas desencadeadas por meio de normas operacionais – Normas Operacionais Básicas (NOB) e Norma de Assistência à Saúde (NOAS) – que

tinham o objetivo de garantir a operacionalização do sistema, mas distanciavam-se dos pressupostos do próprio Sistema Único de Saúde.

Sobre o Pacto, Ênio Duarte, secretário-executivo do CONASEMS, chama a atenção para o fato de que ele veio reforçar o que estava preconizado na Constituição Federal e nas leis que se seguiram a ela (Lei 8.080 e Lei 8.142) na regulação da área da saúde. Segundo o secretário-executivo do CONASEMS, o Pacto foi um avanço por ter detalhado as atribuições dos três entes federados, sem, contudo, tê-las criado, já que estavam anteriormente definidas em lei.

“Embora estabelecidas na legislação, muita gente ainda insiste em afirmar que essas atribuições não estão suficientemente definidas. Para muitos municípios, por exemplo, ainda não está clara a responsabilidade que devem ter com a atenção integral à saúde. Para a União e os estados, parece também não estar claro o papel de apoio que devem ter, cabendo aos municípios a execução de políticas”, afirma Ênio.

Para ele, o Pacto pela Saúde, ao explicitar ainda mais a atuação de cada ente federado, tem potencial para garantir um avanço significativo nas políticas de atenção à saúde. “Precisamos saber por que muitos municípios ainda não assumiram plenamente o seu papel e por que certos estados ainda estão atuando na execução”, conclui.

Além da definição explícita de papéis contida no Pacto, o presidente do CONASEMS, Antônio Carlos Nardi, reforça que, para esse avanço se tornar ainda mais real, é necessário, dentre outros pontos importantes, estabelecer a solidariedade no financiamento das ações de saúde, em que União, estados e municípios desembolsem percentuais fixos (50%, 25% e 25%, respectivamente) para a área.

### Repassa de verbas

Beatriz Dobashi, presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), entidade que representa os gestores estaduais, pontua como resultado positivo do Pacto a transferência de recursos a estados e municípios, com repasses fundo a fundo, em cinco blocos de financiamento, e não mais sob o modelo de dezenas de “caixinhas”. “Foi um avanço, mas é preciso que o financiamento em blocos sirva como um instrumento de planejamento entre gestores e que se evite qualquer tipo de cerceamento”, pondera.

A nova modalidade de transferência permitiu aos gestores de saúde uma maior autonomia na aplicação de recursos. Isso significa, por exemplo, que dentro do bloco de recursos da Atenção Básica, o gestor terá a possibilidade de destinar recursos para as ações estabelecidas de acordo com as necessidades locais.

Beatriz Dobashi recorda que o artigo 35, da Lei 8.080, vetado em parte pelo ex-presidente Fernando

Collor no início dos anos 90, já estabelecia critérios para a alocação de recursos, diferentemente do modelo que se firmou depois com salvaguardas e com inúmeras questões burocráticas, criando repasses recheados de distorções.

O mecanismo de financiamento por meio de convênios, por exemplo, configurou-se como um procedimento conceitualmente equivocado, já que criava condicionantes para o repasse de dinheiro, exigindo dos municípios obediência a regras, cumprimento de metas e prestação de contas.

Diferentemente de tudo isso, segundo o que prevê a Constituição Federal, não pode a União, como esfera arrecadadora de recursos, condicionar esses repasses, já que os três entes de governo têm suas atribuições definidas constitucionalmente e não no repasse de competência da União para estados e municípios ou dos estados para municípios. Assim sendo, o financiamento deve ser uma obrigação e não fruto de acordo de vontade firmado entre partes de um convênio. Falta ainda aos estados, com algumas exceções, cumprir as exigências constitucionais e repassar ao SUS no mínimo 12% do seu orçamento.

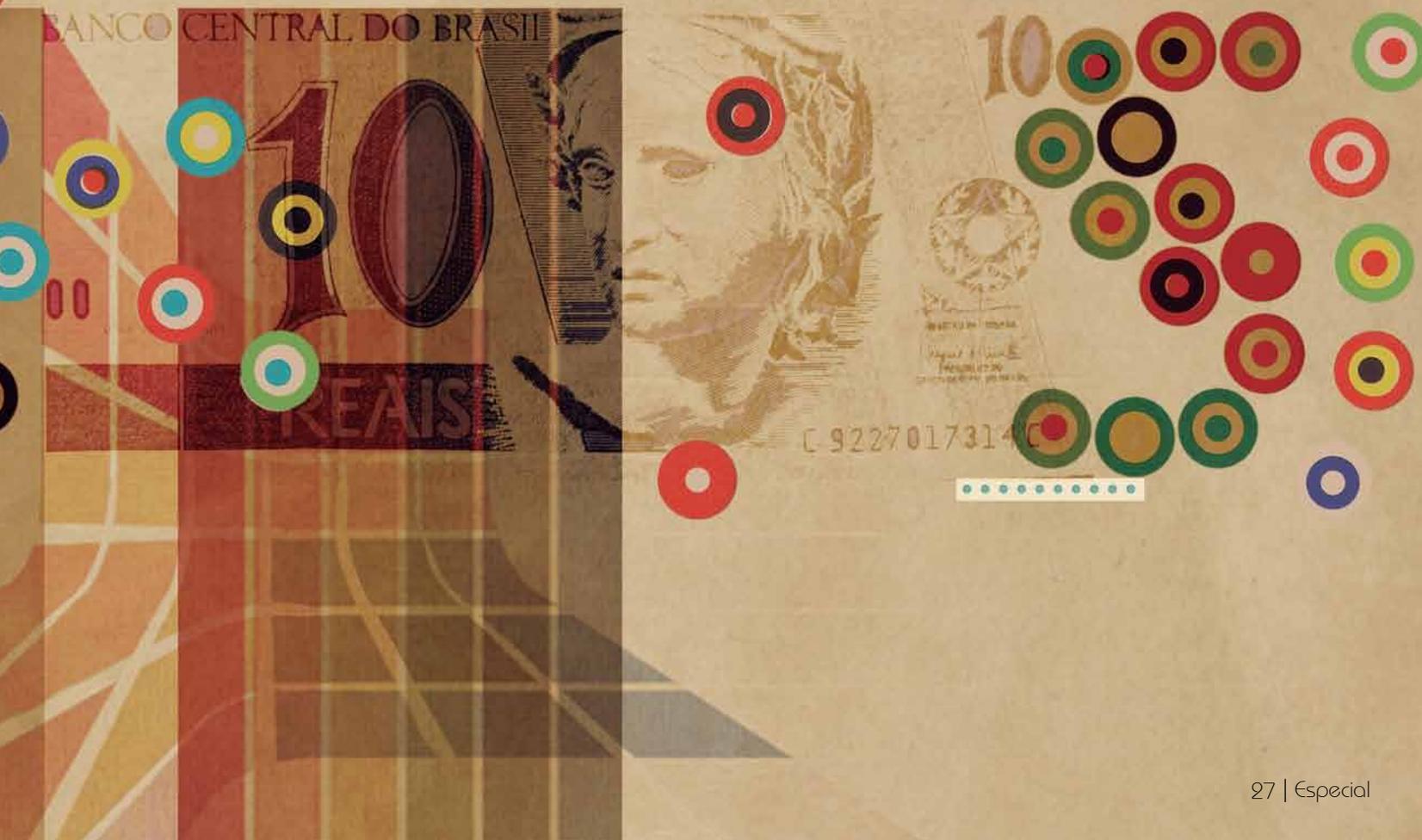
Para Sílvia Fernandes, do Núcleo de Relações Internacionais do CONASEMS, o exagero na criação de

políticas indutórias traçadas pelo Ministério da Saúde (MS) a partir de meados da década de 90, por meio desse incentivo de repasses financeiros e com vínculos à implementação de programas, “acabou dificultando a ocorrência de um debate mais democrático das esferas federativas do país.”

Com isso, o MS contribuiu para centralizar as decisões em saúde, impedindo a formulação de políticas que considerassem as diferenças de cada localidade e decidindo o que era melhor e mais apropriado para cada região e município. “Esse debate acabou sendo truncado. Por um lado, os recursos foram descentralizados, mas as decisões políticas continuaram centralizadas”, afirma.

É o que o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do MS, Luiz Odorico de Andrade, chama de “descentralização centralizada”, pois a maioria das políticas públicas em saúde era ditada pelo Ministério da Saúde, por meio de normas e portarias. “Nesses 20 anos de SUS, muito já foi feito, mas hoje temos o desafio de qualificar essa descentralização”, avalia.

É fato também que, durante todo esse tempo, sempre houve mecanismos institucionais de pactuação das políticas de saúde, como as Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e as Comissões Inter-



gestoras Bipartite. (CIB). “A legitimação dessas duas comissões faz com que as decisões políticas de saúde tenham que ser discutidas, compartilhadas e consensuadas entre as esferas. Nesse aspecto, o SUS criou mecanismos engenhosos de debates e formulação de políticas, que servem de modelo para outros países”, avalia Silvio Fernandes.

Com o Pacto de Gestão, foram criados outros espaços permanentes de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa – os chamados Colegiados de Gestão Regional, espécies de CIBs regionais compostas por gestores de saúde dos municípios que compõem determinada microrregião dentro do estado e por representantes estaduais. “Quando se fala em gestão interfederativa, o que há de mais exitoso é a constituição dos Colegiados de Gestão Regional”, reforça Antônio Carlos Nardi, presidente do CONASEMS.

A presidente do Conass, Beatriz Dobashi, também ressalta o avanço representado pela criação dos Colegiados dentro do Pacto pela Saúde, o que permitiu um debate mais direto entre gestores dos municípios de cada região e gestores estaduais. Mas destaca que existem alguns problemas no funcionamento dos Colegiados – participação de gestores, definição de agendas regionais, rotatividade de gestores. “Além disso, muitos estados ainda não têm condições de dar o apoio técnico necessário”, afirma.

Para Silvio Fernandes, a constituição dos Colegiados, embora tenha se configurado, de fato, como um avanço do ponto de vista formal, ainda não estaria suficientemente revestida do poder necessário à promoção das mudanças requeridas em cada região. “Um dos caminhos para garantir uma forte participação dos Colegiados seria criar instrumentos na relação interfederativa”, afirma.

Como exemplo desses instrumentos, ele cita a importância de firmar contratos interfederativos que definam responsabilidades da União, estados e municípios; que estabeleçam responsabilidades na oferta dos serviços e que regulem esses serviços. “É preciso estabelecer o que cabe a quem. Não basta ter boas intenções nas relações interfederativas. É necessário um marco legal definido”, completa Silvio Fernandes, do Núcleo de Relações Internacionais do CONASEMS.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade, do Ministério da Saúde, afirma que há atualmente um esforço do

ministro Alexandre Padilha no sentido de priorizar o fortalecimento das relações interfederativas, a fim de instituir meios para organizar essas relações entre os entes federados.

Uma das primeiras iniciativas para viabilizar esse processo é a criação, dentro da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS, do Departamento de Articulação Interfederativa, que terá como uma de suas tarefas instituir um contrato de ação pública organizativo das relações interfederativas, buscando aprimorar a gestão do SUS entre União, estados e municípios. “Essa experiência já existe na Europa e, no Brasil, alguns estados já estão desenvolvendo esses mecanismos, como Sergipe”, detalha Odorico Monteiro.

A ideia é definir claramente que tipo de relação os entes federativos vão construir num determinado território, por meio de um contrato que envolva prefeitos, governadores e Ministério da Saúde. A intenção é que esse contrato preveja, por exemplo, a qualificação das redes de atenção à saúde, a melhoria do acesso da população aos serviços, a qualificação das práticas de gestão e a garantia de fixação do profissional de saúde.

Ao mesmo tempo em que envolve os três entes federativos, o objetivo é que o contrato preserve o caráter regional. “É um dos nossos maiores desafios: definir melhor o processo de articulação regional. E esse contrato interfederativo vai preencher uma grande lacuna nessa relação”, afirma o secretário de Gestão Estratégica Participativa do MS.

### **Experiências**

Essa lacuna de que fala Luiz Odorico Monteiro é sentida na prática por muitos gestores municipais. A experiência vivida por eles no estado do Amazonas, por exemplo, retrata bem as dificuldades em prover a atenção à saúde por falta desse marco legal nas relações interfederativas. Muitos municípios geograficamente distantes da capital acabam demandando os serviços de saúde de capitais de outros estados, como Rio Branco, no Acre, e Porto Velho, em Rondônia.

“Aqui, a realidade é bem diferente. Existem cidades que, de barco, o paciente levaria 30 dias para chegar a Manaus. Então, o mais viável é que esse paciente seja atendido numa cidade mais próxima de

um estado vizinho”, afirma Adriana Moreira, presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) do Amazonas,

Ou seja, quando formados, os Colegiados de Gestão Regional desses municípios amazonenses que fazem fronteira com outros estados terão que pactuar, em conjunto, com as CIBs do Amazonas, do Acre e de Rondônia. “Como os colegiados ainda não estão montados, isso ainda não foi possível”, explica Adriana Moreira.

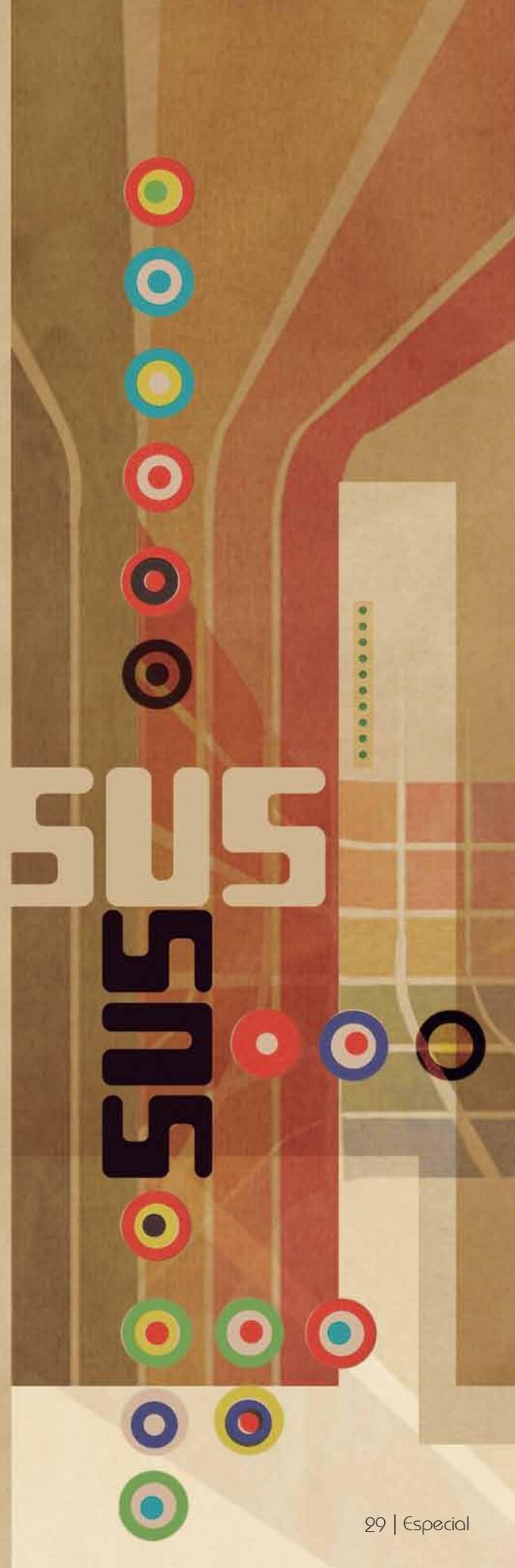
Ela revela que o processo de implantação dos Colegiados de Gestão Regional no estado ainda esbarra em muitas dificuldades, sobretudo as geográficas e de locomoção. Segundo a presidente do Cosems do Amazonas, em vista das especificidades do estado, a capital amazonense terá dois colegiados funcionando em seu território: um da própria cidade e outro para o qual ela servirá apenas como sede.

“Foi preciso fazer isso porque os municípios que formam esse segundo colegiado, embora vizinhos um do outro, apresentam uma série de dificuldade de acesso entre si”, explica. Levar o colegiado para a capital foi a maneira encontrada para garantir a participação de representantes municipais e estaduais.

Apesar das dificuldades de articular os 62 municípios do estado por conta das limitações de comunicação e de acesso, a presidente do Cosems do Amazonas explica que, atualmente, muitos avanços podem ser observados na relação entre municípios e estado, por intermédio do Cosems. “Hoje, há uma participação mais efetiva com proposições claras dos municípios. Antes, as decisões vinham de cima para baixo”, recorda.

Essa mesma experiência mais efetiva é também detalhada pela presidente do Cosems do Mato Grosso, Andréia Fabiana dos Reis. “Os municípios têm hoje um poder de decisão mais efetivo e têm sido ouvidos pelos estados”, observa. Ela também conta que, no seu estado, houve um avanço significativo do princípio da regionalização, que permitiu que as discussões e deliberações acerca das políticas de saúde não tenham como foco cada município, isoladamente, mas toda a microrregião da qual ele faz parte.

“Aqui, o principal trabalho do Cosems é o fortalecimento das regionais de saúde. Eu sinto como principal avanço no estado o fato de os municípios se perceberem não mais como um ente isolado, mas como integrante de uma região, discutindo questões que não são individuais, mas de vários municípios”, comemora Andréia Fabiana.



Arilson da Silva Cardoso, presidente da Associação dos Secretários e Dirigentes de Saúde do Rio Grande do Sul (Assedisa), instância que equivale aos Cosems nos outros estados, também destaca a importância da formação dos Colegiados de Gestão Regional, que no RS são chamados de Cogeres.

Ele recorda que experiência semelhante já havia sido desenvolvida muito antes da institucionalização dos Colegiados, quando foram criadas Comissões Intergestoras Bipartite Regionais, que serviam de espaço para discussão das peculiaridades de cada região de saúde. Ao todo, são 19 e, hoje, em cada uma delas funciona um Cogere.

“A partir das discussões regionalizadas, as deliberações sobre as políticas de saúde deixaram de ser verticalizadas. Está pactuado na ‘Bipartite’ que as pactuações que chegam dos Cogeres – e que já foram aprovadas consensualmente pelos secretários municipais e pela representação estadual – já deliberamos imediatamente”, explica Arilson Cardoso.

Para o presidente do CONASEMS, o mais importante acerca dos Colegiados é que, neles, todos os gestores têm poder de voz. “É como se o Brasil todo pudesse se manifestar e dizer de que maneira deseja encaminhar sua política de saúde”, resume Antônio Carlos Figueiredo Nardi. ■



# Saúde da Mulher é prioridade na agenda do governo



O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, elaborado em 2008 com a presença de cerca de 200 mil participantes que estiveram reunidas em conferências municipais, traz entre seus artigos reivindicações específicas para a Saúde. Como mostra a reportagem de Aline Matheus, o tema nunca esteve tão em evidência, sobretudo após promessa da presidenta Dilma Rousseff de priorizar a área.

A posse da primeira presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, reforçou uma verdade que já vinha sendo construída há alguns anos: a mulher está na pauta política do país. A “novidade” é fruto de uma pressão natural, já que elas, as mulheres, representam mais da metade da população brasileira e conquistam cada vez mais espaço no mercado de trabalho.

No que diz respeito à saúde, as perspectivas para as mulheres são as melhores. Já nos seus primeiros pronunciamentos, Dilma assumiu o compromisso de colocar o assunto na agenda principal do governo, assim como o novo ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Independente das mudanças a serem implementadas, o fato é que o II Plano Nacional de Política para as Mulheres continua em vigor. O documento, de responsabilidade da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, foi elaborado em 2008 com a participação de 200 mil mulheres em conferências municipais e 18 órgãos, incluindo o Ministério da Saúde. Entre as linhas mestras que delineiam as políticas estão a igualdade, o respeito à diversidade, a equidade, a autonomia das mulheres, a universalidade das ações, a justiça social, a participação e o controle social.

O Plano traça 96 metas, 56 prioridades e 388 ações em 11 áreas a serem implementadas até o fim deste ano. Um dos capítulos trata exclusivamente da saúde da mulher e dentre as ações com prazo para efetivação em 2011 - 41 no total - muitas contam com a parceria do CONASEMS. A efetivação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna Neonatal, a elaboração e revisão de manuais técnicos sobre as ações que compõem a atenção obstétrica, incluindo o abortamento, assim como a realização de uma campanha pelo parto normal e redução das cesáreas desnecessárias são alguns exemplos dessa parceria que também envolve outras entidades.

“Esse Plano leva em conta as prioridades do I Plano, que teve como destaque a inserção da temática de gênero, etnia e raça no processo de elaboração do orçamento e planejamento do governo”, explica o coordenador do Grupo Ministerial para Implementação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o obstetra Adson França.

Para ele, o II Plano representa um grande avanço pela forma democrática como foi construído, considerando o acúmulo de debates desenvolvidos tanto pelo Ministério da Saúde, como pelo CONASEMS, CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), CNS (Conselho Nacional de Saúde) e movimento feminista.

Citando pontos que caracterizam bem esses avanços, França destaca a mudança do foco da mulher apenas como ser reprodutivo. Um dos reflexos dessa mudança foi a intensificação dos cuidados com a mulher no climatério, prevista no II Plano. O resultado concreto foi a elaboração de um manual específico em que se pretende conscientizar tanto as mulheres como os profissionais de saúde de que o climatério não é uma doença e sim uma fase.



Na avaliação de França, outro exemplo de avanço foi a percepção da importância de se cuidar da saúde mental das mulheres, visto que uma pesquisa realizada em parceria pelo MS, CONASEMS e CONASS observou um elevado número de suicídio de mulheres com depressão pós-parto. Também merece destaque entre as conquistas do II Plano, na avaliação do obstetra, o fato de que o SUS já realiza a cirurgia de mudança de sexo, contemplando assim a população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgênero), tão esquecida quando o assunto são políticas públicas.

A representante da Rede Nacional Feminista de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos no CNS, a oncologista Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, mais conhecida como Santinha, está com boas expectativas em relação ao novo governo.

Santinha já participou de uma reunião com Alexandre Padilha que, ao assumir, quis conhecer as demandas dos diversos setores da sociedade. Na oportunidade, ela destacou que as necessidades das mulheres no que diz respeito à saúde estão contempladas no II Plano Nacional de Políticas para Mulheres. “Já temos proposta, uma política delineada por nós mulheres. Precisamos colocar o SUS em prática”, explicou.

A oncologista ratifica que desde 1983, quando foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, muitos avanços foram conquistados. Segundo ela, nessa época, a luta era para a mulher ser



enxergada como algo mais que um aparelho reprodutor, com políticas voltadas apenas para a mulher gestante. “Somos mais que isso. Temos problemas mentais, câncer de mama e colo, sofremos violência. Precisamos ser vistas como um ser integral”, reafirmou.

Apesar dos avanços, ainda há um longo caminho a ser trilhado. Santinha lembra que ainda é muito alto o índice de mortalidade materna e que em alguns estados, o aborto figura entre as principais causas de morte. “Ainda lutamos para que o aborto legal seja realizado na rede pública. Isso só existe em alguns estados”, cobra a feminista.

### **Curitiba é exemplo na atenção à mulher**

Passo a passo, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres vai contabilizando resultados. Em algumas cidades é claro o esforço em se aplicar as políticas pactuadas.

Curitiba é um dos municípios de vanguarda quando o assunto é atenção à saúde da mulher. A Secretaria de Saúde do município mantém três programas de sucesso voltados exclusivamente para mulheres: “Mãe Curitibana”, “Mulher Curitibana” e “Mulher de Verdade”.

O “Mãe Curitibana” foi lançado para acabar com a peregrinação das gestantes em busca de maternidades e já atendeu cerca de 200 mil mulheres

desde sua criação em 1999. Graças a esta iniciativa, desde a primeira consulta do pré-natal, as mulheres já sabem o local onde deverá acontecer o parto. “Damos preferência a maternidades perto da casa da gestante. Se a gravidez for de risco, ela será encaminhada a um hospital de referência de alta complexidade”, explica o coordenador do projeto, Dr. Edvin Javier.

O programa foi pioneiro na realização do teste do HIV durante o pré-natal na rede pública. Sem falar que lá, além de ser incentivado a acompanhar de perto a gestação, o pai passa por um pré-natal próprio, realizando aferição de pressão e realizando teste como AIDS, sífilis e diabetes.

O Programa também atua nas escolas, levando informações referentes a gravidez na adolescência. Os resultados são paupáveis. O número de jovens de 10 a 19 anos grávidas caiu de 5.713 em 1999 para 881 em 2009.

Em relação à contaminação de bebês com o vírus HIV, a redução também foi considerável. De 1999 a 2008 foram identificadas 1.131 gestantes contaminadas, mas apenas 44 bebês foram infectados durante a gravidez. Sabendo que os casos de contaminação giram em torno de 30%, pode-se estimar que 295 crianças foram salvas.

O “Mulher de Verdade” é voltado para mulheres vítimas de violência e foi criado em 2002 com enfoque na violência sexual. Para atender essas mulheres, o município dispõe de um hospital específico, onde, se ela quiser, os peritos do IML vão fazer os exames necessários para o registro da ocorrência. Além de oferecer as medidas de profilaxia para gravidez e DST/Aids, os hospitais de referência realizam também, se necessário, a interrupção da gravidez (aborto legal).

Com a promulgação da Lei Maria da Penha, em 2006, o projeto se ampliou para atender mulheres vítimas de violência doméstica. O programa visa a acolher, reconhecer, atender, orientar e encaminhar essas mulheres, garantindo atenção médica ambulatorial e hospitalar e o acompanhamento dos casos. A ideia é minimizar os agravos decorrentes da violência como a gravidez indesejada, as doenças sexualmente transmissíveis e as sequelas físicas e psicológicas.

Todas as mulheres atendidas são informadas quanto aos seus direitos legais e orientadas a procurar a Delegacia da Mulher ou o Juizado de Violência Doméstica. “Respeitamos integralmente a autonomia da mulher. Caso ela não queira denunciar o agressor, não será forçada”, explica a coordenadora do Programa, Dra. Hedi Muraro.

A rede municipal também oferece encaminhamento para atendimento psicológico e psiquiátrico na rede de saúde mental, o apoio social (Fundação de Ação Social) e apoio multiprofissional (Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência).

Paralelamente ao atendimento médico, o programa contempla atividades de educação em saúde com a comunidade para discutir o problema, as medidas de prevenção e proteção, a fim de fortalecer a autonomia das mulheres.

O programa “Mulher Curitibana” foi criado há apenas um ano e tem como público alvo mulheres acima de 50 anos, com o objetivo de desenvolver ações de prevenção e controle de doenças crônicas, com especial atenção ao câncer de mama. Este tipo de neoplasia é a mais incidente entre as mulheres de Curitiba e principal causa de morte. De acordo com as estimativas da Secretaria de Saúde do município, 125 mil mulheres se encontram nessa faixa etária.

A principal ação do programa é o rastreamento organizado das mulheres que nos últimos dois anos não se submeteram à mamografia ou à prevenção do câncer de colo do útero. Esse rastreamento é feito a partir do cadastro informatizado das 108 unidades de saúde do município. Detectada a lacuna dos exames, as mulheres recebem visitas de agentes de saúde que sugerem uma data para o agendamento dos exames e entregam cadernetas com orientações de saúde.

“Temos sobra de oferta de mamografia. Geralmente, o exame é marcado para a mesma semana. O mesmo vale para o preventivo”, afirma a coordenadora do Programa, Dra. Rosilei Antoniewicz.

Ao chegar à unidade de saúde, a paciente passa por uma triagem feita pelo corpo de enfermagem que pode encaminhá-la para consultas com especialistas para tratar outros problemas como tabagismo, sobrepeso e hipertensão, além do câncer.

“Graças ao Programa, em 2010 tivemos um incremento de 32% no número de mamografias, em comparação com os últimos três anos”, comemora a coordenadora.

### **Caruaru valoriza o trabalho das parteiras**

O município localizado a 130 quilômetros da capital pernambucana ganhou destaque na atuação pela saúde da mulher com o trabalho desenvolvido pelas parteiras organizadas pela Associação das Parteiras Tradicionais do Agreste.

Atualmente, a cidade conta com os serviços de 33 parteiras. O trabalho é tão reconhecido que tem o apoio tanto da prefeitura quanto do governo do estado. Isso inclui cursos de capacitação e infraestrutura para participar de treinamentos oferecidos pelo Ministério da Saúde. “Recentemente, participei de um treinamento do Ministério da Saúde em neonatologia, junto com médicos e enfermeiros. A expectativa é que a partir de fevereiro parteiras, médicos e enfermeiros formem equipes e trabalhem conjuntamente”, conta a presidente da Associação, Maria Fernanda da Silva.

Além dos partos propriamente ditos, as parteiras também promovem encontros de orientação com as gestantes da cidade. “Todas podem participar, até quem deseja ter seu filho no hospital. O parto em casa é apenas uma opção para a gestante”, explica Fernanda.



Para ela, a parceria com a prefeitura visando a qualificação é vital para que o trabalho das parteiras seja realizado com qualidade. “Sabemos que as técnicas vão se aperfeiçoando. A parteira precisa saber o que é certo e o que não é. Queremos conhecer o novo, mas sem abrir mão da nossa cultura, da nossa tradição”, conclui a presidente da Associação.

Segundo ela, graças a essa parceria, as parteiras conseguem facilitar o acesso das gestantes às unidades de saúde para a realização de exames e até para a realização dos partos quando necessário.

Reforçando os serviços voltados para a população feminina, no segundo semestre de 2010, o município inaugurou a Clínica da Mulher, especializada em ginecologia e mastologia. De junho a dezembro, aproximadamente 7 mil mulheres já foram atendidas na clínica, que também conta com nutricionista, dermatologia, psicóloga, endocrinologista e fisioterapeuta.

De acordo com a secretária Especial da Mulher, Louise Caroline, todos os profissionais passam por uma formação feminista a fim de desenvolverem um olhar diferenciado de que a mulher não carrega apenas uma patologia, mas também questões complexas relativas à sua história.

A clínica é considerada de alta qualidade e oferece exames como histeroscopia, colposcopia, biopsias, além de pré-natal de alto risco. A unidade também dispõe de um sistema de monitoramento de mulheres que tem câncer de colo de útero, o Siscolo.

A meta dos gestores é ampliar o atendimento para o período da noite e também para os sábados, visando a atender as mulheres que trabalham. Lá também não há fila para marcação de consultas. Isso é feito por meio de telefone ou pelos agentes de saúde. A proposta da Secretaria é disseminar ainda mais entre as mulheres do município a importância das consultas ginecológicas. ■



# A saúde no Acre

No Acre, a saúde materno infantil está no topo das prioridades. Como mostra a reportagem de Edmilson Ferreira, programas de prevenção e controle e o desafio de levar atendimento às comunidades isoladas são algumas das características do Sistema de Saúde da região.



Mâncio Lima, município localizado no Estado do Acre, é privilegiado e orgulha-se de ser o ponto mais extremo do oeste brasileiro. Essa particularidade está logo nas entradas da cidade, em placas grandes de saudação aos visitantes. A população é de cerca de 14 mil pessoas, boa parte vivendo nos belos rios Moa, Azul e Igarapés que cortam o município desde o Parque Nacional da Serra do Divisor, o maior centro de biodiversidade do planeta, até a reserva do Japiim, onde está sendo implantado um orquidário público.

A beleza natural não se ofusca, mas sofre com a alta incidência de malária, cujas providências de combate vão desde a distribuição gratuita de mosquiteiros impregnados com inseticida que não afeta a saúde humana, a biolarvicidas e recursos convencionais, como borrifação casa a casa do veneno contra o vetor, o mosquito *Anófeles*.

A malária está instalada, porém em constante controle, diz o secretário de saúde de Mâncio Lima, Josianis Araújo. Para ajudar no controle da malária, a Secretaria Municipal de Saúde criou um laboratório municipal, adquirindo equipamentos que permitem a realização de até 30 exames diferentes. “Em quatro meses, realizamos 2.000 exames”, conta Josianis Araújo.

Segundo o secretário, o cuidado com a saúde da mulher e da criança está entre as ações de prevenção de melhor resultado na região. “Realizamos exames preventivos, pré-natal e adotamos os cuidados com a criança”, disse Araújo. “São mais de 600 mulheres atendidas anualmente”, informa, lembrando que não são atendidas apenas as que se incluem na faixa etária indicada pelo Ministério da Saúde, mas todas quantas buscam os exames.

#### **A saúde materno-infantil no Acre**

Com a decadência da economia da borracha, o Acre passou a conviver com estatísticas nada favoráveis em todas as áreas. A situação negativa na saúde era a parte mais dolorosa. Entre outras moléstias, malária, hepatite e dengue se somam aos problemas relacionados à saúde da mulher e da criança no perfil epidemiológico do Estado. Tudo é prioridade, mas há grande preocupação com a questão materno-infantil.

De 2000 a 2007, o Acre registrou 2.899 óbitos infantis (crianças com menos de um ano de idade). No ranking estadual, o maior número de mortes ocorreu nos municípios de Rio Branco (1.351), Cruzeiro do Sul (356), Tarauacá (279), Feijó (210) e Sena Madureira (137). Com as novas ações, a taxa de mortalidade infantil caiu mais de dois pontos desde 2007, saindo de 19,82 para 17,88 mortos por mil nascidos vivos. Em 1999 a mortalidade era de 37 crianças para cada mil nascidos vivos; em 2006 caiu para 20,5 e, em 2008, o Acre saiu da situação de alto risco.

Para isso, teve de existir a chamada vontade política. O pulo do gato nessa área foi o envolvimento das prefeituras através do Programa de Desenvolvimento Social dos Municípios (Pró-Município). Com ele, o governo chegou mais longe, destinando cerca de R\$100 milhões em apoio aos prefeitos. Dos recursos para saúde, grande parte refere-se à saúde materno-infantil.

A opção foi concentrar parcelas importantes dos investimentos na saúde da mulher e da criança. Além dos repasses às prefeituras, o sistema quer dar novos passos. Para efeito de avaliação, no Acre são



realizados 17 mil partos por ano na rede pública, que corresponde a 95% do total. A maioria dos partos na rede privada é paga pelo Estado quando não há vagas nos hospitais públicos. A estimativa é de que 22 mil mulheres engravidem no Acre anualmente, sendo que 10% perdem o bebê no primeiro trimestre. A grande parte dos casos está relacionada à má formação do feto.

“O que é mais interessante nesse processo, em minha opinião, é, além do trabalho do ProAcre, as ações de vigilância e o foco nos maiores problemas de saúde. Para isso, desenvolvem-se política de ampliação do acesso à água potável, saneamento básico e outros serviços que também são práticas de saúde”, disse Osvaldo Leal, secretário municipal de Saúde de Rio Branco.

Além da Maternidade Bárbara Heliodora, reinaugurada com ares de modernidade em Rio Branco, capital do Estado, desde março passado, o Hospital Materno Infantil de Cruzeiro do Sul, segunda maior cidade do Acre, promove ampliação da capacidade do atendimento especializado. O hospital reduziu a necessidade de transferência de mães e crianças para Rio Branco, e serve de referência para os vales do Juruá, Envira e Tarauacá, que recebem demandas do vizinho Estado do Amazonas.

O Hospital da Criança de Rio Branco, também referência para todo o Estado, foi inaugurado com sua nova estrutura dia 9 de maio de 2003 em cerimônia que contou com a presença do então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Em seu novo contexto, recebeu o nome Hospital da Criança, com a capacidade de 59 leitos. A atual reforma e ampliação aumentaram sua capacidade para 66 leitos de internação e 10 leitos

de unidade de tratamento intensivo (UTI) pediátrica, onde um familiar permanece acompanhando o tratamento da criança. A reforma da estrutura promoveu a adequação dos espaços físicos com foco nos ambientes de convivência entre profissionais, pacientes e acompanhantes, serviços de nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, residência médica em pediatria, classe hospitalar em parceria com a educação, brinquedoteca, psicologia e serviço social, grupo de humanização e serviços de apoio diagnóstico.

O sistema de saúde, na atual configuração, assegura melhores condições de atendimento e trabalho. Além dos investimentos em estrutura física, são desenvolvidas ações como seminários, cursos, oficinas, dentre outros, junto aos profissionais de saúde, principalmente os que trabalham na área obstétrica e pediátrica. O objetivo é dotar todo o sistema para garantir um atendimento humanizado à saúde da mãe e do bebê. Através do Serviço Social de Saúde do Acre (Pró-Saúde) o número de contratos de médicos saltou de 485 para mais de 1.000 no final de 2010. O Pró-Saúde é uma autarquia que cuida dos recursos humanos do sistema.

Uma importante inovação foi a parceria estabelecida em 2009 entre as Secretarias de Saúde e de Educação para que fosse criada uma classe para acompanhamento escolar no âmbito do Hospital da Criança. Em média, segundo a coordenadora do projeto, Rosa Maria, são atendidas até 40 crianças por dia na escolinha. As crianças passam cerca de dez dias frequentando o local e o desempenho é contabilizado em sua ficha da escola onde estuda. Seis professores ministram variadas disciplinas que equivalem à grade da 1ª até a 7ª série.

## **Epitaciolândia**

Com pouco mais de 14 mil habitantes, Epitaciolândia, município localizado no Estado do Acre, tem uma luta vinculada ao sentimento pátrio. A construção de uma maternidade é antiga aspiração de autoridades e moradores, em geral obrigados a ter os filhos em Brasília, separada de Epitaciolândia apenas pelas águas do rio Acre – as mesmas que a dividem de Cobija, capital do departamento boliviano do Pando, uma zona franca de intensa movimentação comercial na fronteira.

As ações mostram que a atenção com a saúde da mãe e da criança são prioridades no município, assim como em todo o Estado. O trabalho de rotina vem sendo realizado regularmente, como o atendimento odontológico nas escolas. “Todas as unidades de ensino do município são atendidas”, disse Acendina Pereira, secretária municipal de saúde, ao ressaltar o programa de atendimento a saúde da criança.

Epitaciolândia é parceira de Brasília e Cobija no enfrentamento a várias doenças. Cobija conta com as cidades brasileiras próximas para combater moléstias como a dengue e a leishmaniose. As ações de enfrentamento à dengue numa região como Epitaciolândia, por exemplo, se dão através dessas parcerias.

No Hospital Raimundo Chaar, localizado em Brasília, foram realizadas 210 notificações de dengue, sendo a maioria pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde de Epitaciolândia. Desse total, 67 casos foram confirmados. Os números totais de casos positivos são cerca de 10% menores que os do mesmo período do ano anterior, 2009.

Os dados da Secretaria de Saúde mostram que além da dengue, as hepatites virais e a leishmaniose ainda são comuns em Epitaciolândia: foram 22 notificações de hepatites virais e 47 de leishmaniose em 2010. O município encaminha para Rio Branco apenas os casos mais graves das doenças.

### **Saúde em Movimento, vida com qualidade**

Em uma política voltada à melhoria da qualidade de vida da população, a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco criou vários espaços dedicados à prática de educação física, caminhada, ginástica aeróbica, natação e corrida. Apenas como exemplo, a capital acreana possui oito Núcleos de Vida Saudável, equipamentos do programa Saúde em Movimento, mantido numa parceria liderada pela Prefeitura e a cooperativa de saúde Unimed. Esses núcleos estão localizados na Concha Acústica do Parque da Maternidade, Centro da Juventude do São Francisco, espaço cultural Lídia Hammes, Espaço Ágora (Parque da Maternidade), Arena da Floresta, Parque do Tucumã, Calçadão da Gameleira e Horto Florestal.

Um núcleo do projeto Academia da Comunidade, praça de equipamentos para a educação física destinada à terceira idade, beneficia os moradores dos bairros adjacentes à Unidade de Referência em Atenção Primária (Urap) Roney Meireles. Esse centro de saúde foi reformado e ampliado ao custo de R\$ 1.231.979, dos quais R\$ 960 mil são recursos do Governo do Estado.

O Saúde em Movimento tem linha direta com os programas de controle do peso, hipertensão e diabetes. Os cadastrados do programa passam por exames regulares a cada três meses. Eles estão vinculados ao Hiperdia, um programa criado pelo Governo Federal que no Acre encontrou nos projetos Saúde em Movimento e Academia da Comunidade grandes parceiros. O Hiperdia funciona através de um sistema que cadastra e acompanha pessoas hipertensas e diabéticas. Trata-se de um sistema informatizado que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes do Programa de Saúde da Família, gerando informações para profissionais e gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

Além do cadastro, o sistema permite acompanhar e monitorar de forma contínua a qualidade clínica da população assistida, garante o recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, a médio prazo, pode definir um perfil epidemiológico da população e conseqüentemente desenvolver políticas de saúde pública que levem à modificação do quadro atual e à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Todo o Estado possui o sistema. Um exemplo é a Urap Francisco Roney Meireles, na periferia da capital, que mantém mais de 600 pacientes cadastrados e em acompanhamento constante, com resultados positivos em relação ao controle da pressão, diabetes e peso. Para a enfermeira Swammy Cristina, que trabalha com o Hiperdia, a vida sedentária é fator agravante dessas doenças e, portanto, a Academia da Comunidade se apresenta como essencial no enfrentamento ao problema.

A professora Marilza Erasmio de Souza não tem problemas de saúde mas sua filha, Jaqueline, de apenas 10 anos, possui, segundo o profissional que a consultou, tendência para obesidade. “Ela está fora do peso, ronca ao dormir”, disse Marilza, que passou a freqüentar a Academia da Comunidade da Urap Roney Meireles para estimular a filha a fazer exercícios físicos, seguindo a recomendação médica. “Aqui é muito bom. Eles fazem controle de diabetes, pressão”, completa Marilza.

Aos 62 anos, o funcionário público Pedro Maciel não quer ter problemas de saúde e freqüenta dia sim dia não a academia ao ar livre na Urap Roney Meireles. “Venho aqui sempre. Valeu muito terem implantado essa academia. As pessoas estavam precisando”, disse Maciel, elogiando o caráter preventivo do programa.



Foto: Adonay Melo

### **Alta complexidade**

Foram investidos R\$ 32 milhões no projeto de transformação da Fundação Hospital Estadual do Acre (Fundhacre) em Hospital de Clínicas do Acre (HCA), projeto tido como o sepultamento de uma estrutura arcaica e ineficiente. Com o HCA, esperam as autoridades, cria-se uma unidade de referência de alta complexidade para o Acre, que se integra ao sistema de saúde composto pelos postos de saúde da família e centros de atendimento secundário e ambulatorial como as Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do bairro Tucumã e do Segundo Distrito e o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco, além do Programa de Saúde da Família (PSF Móvel).

Na capital estão sendo investidos R\$20.103.000,00 no novo Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (Huerb), uma obra do Estado, também conhecido como Pronto Socorro. A nova unidade terá cinco pavimentos e um heliporto. Nos últimos dois anos, o Município também investiu mais de R\$ 9 milhões na recuperação de postos e centros de saúde, desse total cerca de R\$ 5 milhões foram de recursos próprios. Em 2009 foram adquiridos 4.176 equipamentos e materiais, garantindo às unidades de saúde sua operacionalidade e qualidade no atendimento à população.

Além disso, a prefeitura de Rio Branco destinou mais de 15% de seu orçamento para investir na saúde. Comparando o crescimento dos índices de investimento entre os anos de 2004 a 2007, os números ultrapassam os 50%. Hoje, a cobertura da saúde pública na Capital é de 60%. Outro dado relevante é que 98% dos atendimentos em saúde são feitos pelo município e pelo estado e apenas 2% são executados pela rede particular.

### **O desafio de fixar profissionais**

O Acre tem o desafio da fixação de profissionais. Uma das estratégias para enfrentar a falta de interesse dos profissionais médicos em morar nos municípios do interior foi a implantação do curso de Medicina na Universidade Federal do Acre (Ufac), há sete anos.

Para Osvaldo Leal, ex-secretário estadual de Saúde e professor na Ufac, a fixação passa por dois caminhos: remuneração e ambiente adequado de trabalho e permanência, que possa estimular o profissional a ficar o maior tempo possível atendendo naquela comunidade. “Busca-se aí a conso-lidação de um modelo que leve em conta a prevenção”, disse. Isso inclusive potencializaria as ações de vigilância.

Mâncio Lima é um exemplo desse drama: “Precisamos de três médicos, mas só temos dois”, conta o secretário Josianis Araújo. Como compensador, a prefeitura conseguiu ser suficiente no número de enfermeiros e técnicos em enfermagem, o que vem ajudando o sistema de saúde no município. “O que

a gente espera é apoio do Governo do Estado para termos mais médicos”, disse Araújo.

A identificação do profissional com o Estado é fundamental para a fixação, diz o ex-secretário municipal de Saúde de Rio Branco, Eduardo Farias, que é médico infectologista, nascido no Acre e formado no Amazonas. “Estamos formando muitos profissionais em países como Bolívia e Peru provenientes não só da capital como de municípios do interior. A validação do diploma deveria ser feita baseada exclusivamente no conhecimento adquirido na unidade de saúde de um município isolado, sob a supervisão da universidade, do Conselho de Medicina e do Governo do Estado”, propõe Farias. O médico passaria um ano trabalhando na convalidação do diploma, o que seria efetuado com o compromisso de que o profissional passasse mais um ano atendendo na localidade.

### **PSF Móvel e Plano Vida**

O ProAcre mantém o Programa de Saúde da Família (PSF) Móvel, adotado pelo Ministério da Saúde como instrumento de garantia do atendimento médico em comunidades remotas. O foco, conforme o secretário municipal de Saúde de Rio Branco, Osvaldo Leal, é a Atenção Básica com ênfase na saúde materno-infantil. O PSF Móvel atua em rios, estradas e ramais.

O PSF Móvel, que já realizou mais de 60 mil atendimentos em comunidades isoladas do Acre, é uma potencialização do Saúde Itinerante, criado pelo atual governador no tempo em que era senador, Tião Viana. O compromisso com o Banco Mundial, financiando o ProAcre, é a realização de seis ciclos de atendimento por ano. O paciente atendido em qualquer núcleo poderá ser conduzido automaticamente para o centro de referência mais próximo ou ao HCA sem burocracia.

Em seu âmbito, criou-se o Plano Vida, pelo qual a prefeitura recebe do Governo do Estado R\$ 80 por cada mulher grávida que for amplamente acompanhada em sua gestação. O objetivo é garantir atendimento integral à saúde da mulher gestante, reduzindo problemas no parto e a taxa de mortalidade infantil. O Plano Vida é um estímulo financeiro para que o município possa aumentar a qualidade de atenção ao pré-natal, melhorando a vacina, os exames durante a gestação e prestando todo o atendimento necessário à saúde da mulher e da criança.

As equipes (compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e dois agentes de saúde) estão percorrendo rios e estradas para levar atendimento médico com qualidade e eficiência. Os barcos maiores levam canoas motorizadas para que o deslocamento possa ser feito mesmo em rio ou igarapé de baixa calagem. Se o paciente apresentar necessidade de remoção, o caso é relatado à unidade de saúde da cidade mais próxima.



### **Cosems/Acre e o Pacto pela Saúde**

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais firmado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como um dos objetivos promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.

Em alguns estados, segundo lembrou Leila Maria da Silva Lopes, presidente regional do Cosems (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde) do Acre, há grande dificuldade de convencimento dos gestores na assinatura do termo. No Acre, a situação é diferente por conta da parceria estabelecida entre os entes envolvidos na questão. “Temos conseguido acesso aos prefeitos para entendimento do que é o SUS”, disse Leila, ao ressaltar o papel de mediador do Cosems acreano no processo. O resultado é que a maioria dos municípios assinou o termo – muitos dos quais estão homologados pelo Ministério da Saúde.

Um bom exemplo de avanço do Pacto entre o Governo do Acre e Prefeitura de Rio Branco foi a celebração de uma parceria que vem resultando em

investimentos iniciais de mais de R\$ 13,9 milhões na Atenção Básica. O acordo, que amplia e fortalece a política de descentralização de recursos e gestão, aponta que os recursos estão sendo aplicados em três áreas: 1) aquisição de equipamentos, 2) reforma de dois grandes centros de saúde e 3) contratação de pessoal. As reformas envolvem recursos de R\$ 1,9 milhão e transformaram os centros em policlínicas, com horário de funcionamento diferenciado. Foram ou estão sendo contratados através de concurso público nacional cardiologistas, oftalmologistas, nutricionistas e vários outros profissionais para o Programa de Saúde da Família.

Todo o sistema de saúde de Rio Branco, composto por 53 módulos e 12 centros, vem sendo sistematicamente beneficiado para reduzir a demanda nas unidades de média e alta complexidades. A meta é ampliar de 40% para 56% a cobertura na Atenção Básica, a porta de entrada para o sistema. O ritmo de investimentos nesta área hoje chega a 57% do orçamento destinado à saúde.

Com a reforma, as policlínicas, por exemplo, têm condições de realizar pequenas cirurgias e as unidades menores manterão os 109 itens de remédio em estoque. A zona rural terá duas equipes fixas do PSF. ■



## Qualificar as articulações interfederativas e a gestão participativa: os novos desafios da SGEP

### Por Luiz Odorico Monteiro de Andrade

O ministro Padilha e a presidenta Dilma têm reafirmado a necessidade de a saúde estar no centro das discussões da agenda de desenvolvimento do Brasil, com a erradicação da pobreza e, sobretudo, com a ampliação e a qualificação do acesso do cidadão ao SUS. É impossível haver a redução da desigualdade social sem esse grande projeto de inclusão social que é o SUS.

É neste contexto que apresento, na Revista CONASEMS, algumas reflexões sobre os desafios apontados à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Dialogar com os atores do SUS, em especial os gestores municipais de saúde, me motiva a pensar os caminhos que temos pela frente para construir um processo rico e compartilhado de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), e a institucionalização de alguns arranjos administrativos de caráter federativo e intergovernamental.

Como comentamos em uma de nossas publicações, o SUS é o exemplo mais acabado de federalismo cooperativo, onde os interesses são comuns e indissociáveis e devem ser harmonizados em nome dos interesses locais, regional, estadual e nacional. No federalismo (no SUS), todos são co-titulares dos interesses (da saúde) e todos devem manter garantida sua autonomia (direção única). **Santos e Andrade (2007).**

No contexto atual, o processo de gestão do SUS tem no Pacto pela Saúde uma nova forma de se fazer a gestão entre as três esferas de governo, de maneira cooperativa e compartilhada. O Pacto fortaleceu a negociação consensual, como arranjo interfederativo de definição de responsabilidades, conformando o SUS como um modelo bem acabado de regionalização e integração de serviços.

Nesta perspectiva, a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) representou uma inovação no desenvolvimento dos processos participativos e no aperfeiçoamento da democracia de Estado.

Com este espírito, a nova conformação da SGEP, a ser institucionalizada por decreto, passará a articular as ações de cinco departamentos, quais sejam: Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), Departamento Nacional de Ouvidoria (DOGES), Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada (DAGD) e Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

As ações da SGEP estarão voltadas para o fortalecimento das práticas de cooperação vinculadas à institucionalização do controle social e do fortalecimento das práticas de participação popular, integrando de forma dinâmica diferentes mecanismos e instituições, sendo enfatizado como prática o diálogo permanente por meio dos conselhos de saúde e da participação da sociedade. Além disso, as ouvidorias do SUS devem ser fortalecidas como um espaço de escuta e, ao mesmo tempo, de tratamento das manifestações dos cidadãos a fim de qualificar o acesso e os serviços prestados.

Outra linha de atuação, já em curso, diz respeito às ações do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, queremos alcançar a lógica da defesa do cidadão, incorporando a preocupação com o acompanhamento e avaliação das ações e serviços de saúde. Para tanto, o papel da auditoria preventiva e pedagógica torna-se fundamental.

A esta estrutura se incorporam dois departamentos, um deles o DAGD3, que passará a ser denominado Departamento de Articulação Interfederativa, e o Departamento de Informática do SUS – DATASUS. A SGEP terá um papel fundamental de investir fortemente na qualificação das articulações interfederativas. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) passa a ser um espaço estratégico de discussões políticas, visando o fortalecimento da gestão do SUS na lógica da solidariedade, cooperação e, sobretudo, um lugar de construção coletiva e de pactuação que possibilite a consolidação de instrumentos vivos de gestão que considerem as distintas realidades e o protagonismo dos atores locais e regionais. Neste caminho, pretendemos dialogar com nossos parceiros para que possamos construir juntos contratos de ação pública entre os entes que possibilitem a autonomia e a governança das esferas de governo.

No que tange ao DATASUS, para além dos aspectos voltados para o provimento de sistemas de informação e suporte de informática, o desafio será o de trabalhar com o uso da informação em saúde subsidiando a busca de possíveis alternativas no sentido de definir as prioridades, auxiliando a racional tomada de decisão e a grande tarefa coletiva de instituir o Cartão SUS.

Com esta conformação, a SGEP terá a missão de ampliar os espaços de diálogo com a sociedade, como também qualificar as práticas e os processos de gestão de forma participativa e interfederativa. ■

**Luiz Odorico Monteiro de Andrade** é secretário da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS)



Elizabethete Vieira Matheus da Silva

### **Por Antônio Carlos Figueiredo Nardi**

Moça do sorriso largo, dedicada à família e ao trabalho, conhecida por todos como Betinha! É pedagoga e sanitarista de formação, mas é principalmente uma educadora em sua essência. Gosta de ler bons livros, cinema, dançar e viajar, além de adorar chocolate, apesar da “briga” com a balança... Muito competente e prestativa, é militante incansável das causas do SUS, se intitulando uma “suseana” convicta!!!

É antes de tudo uma lutadora à favor da justiça e da ética. Ideologicamente bem posicionada com as questões político-sociais, comprometida com a transformação das condições de vida e saúde dos brasileiros desde há muitos anos e admiradora de Paulo Freire. Uma mulher que não se resignou a ser somente uma servidora pública. Enquanto tal, foi presidente do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, em defesa dos direitos dos trabalhadores.

Ao mesmo tempo que é exigente e impecável com os compromissos assumidos, traz leveza e alegria naquilo que se dispõe a fazer! Não é de se lamentar quando as coisas não se encaminham como se esperava! Pelo contrário, está sempre atenta àquilo que deve ser melhorado para as próximas vezes! Não titubeou em deixar o serviço público no Paraná, quando vislumbrou uma perspectiva de maior e melhor contribuição pessoal às causas do SUS, como assessora técnica do Ministério da Saúde num determinado momento da sua carreira. E, em seguida, como assessora técnica e coordenadora técnica do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do CONASEMS nos últimos anos, além de assessorar o COSEMS-PR.

Foi membro integrante da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, membro titular da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, dentre outras funções. Deixa agora a assessoria do CONASEMS para assumir a chefia de gabinete da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, sempre na perspectiva de potencializar a sua possibilidade de contribuir mais e melhor com a consolidação do SUS. Foi, tem sido e, certamente, continuará sendo uma árdua defensora da democratização das relações de trabalho no SUS e também uma difusora da educação permanente como uma das questões centrais para a qualificação do SUS, em rede ditada pela Atenção Básica.

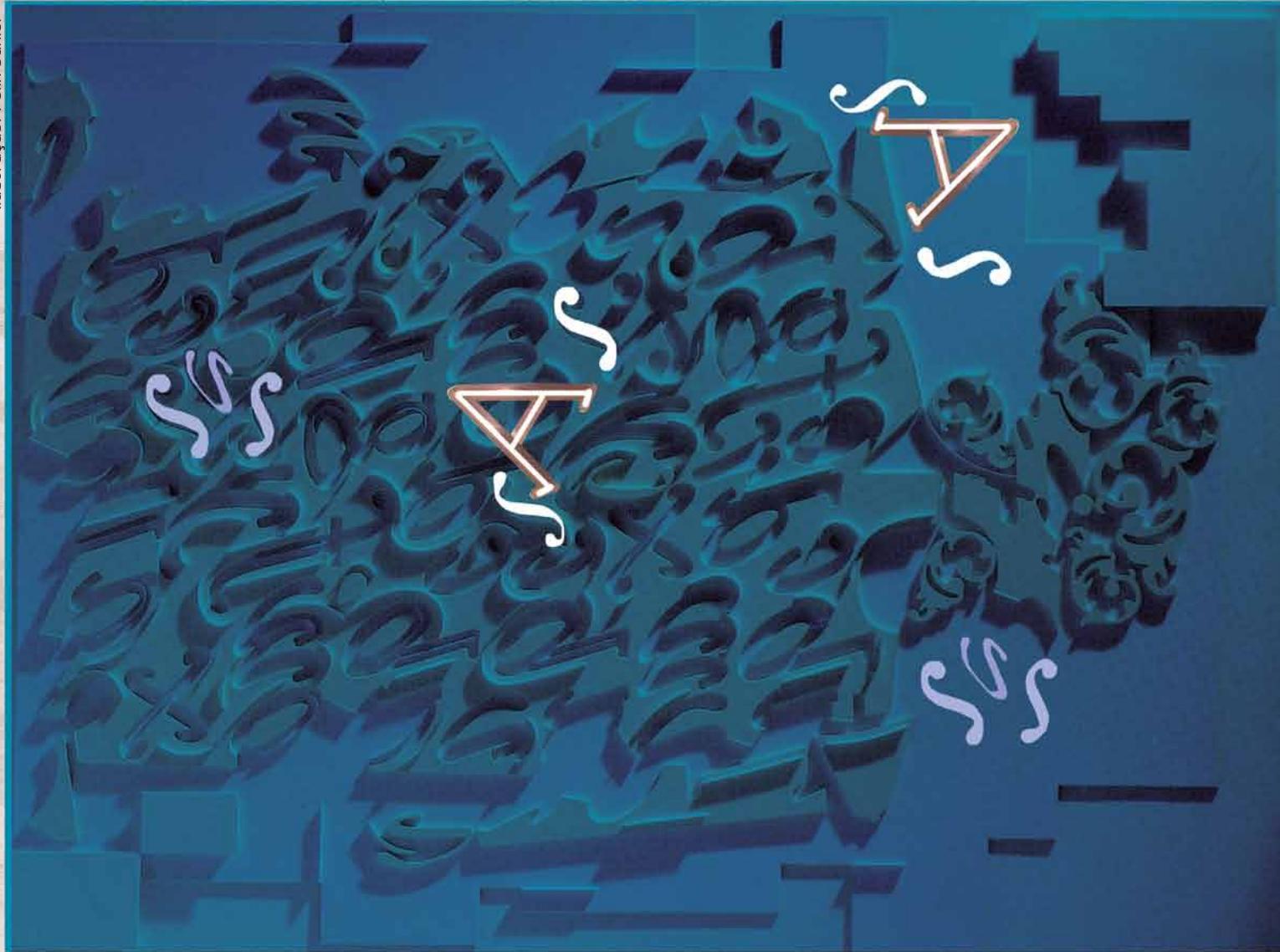
Betinha fará, sem dúvida, muita falta em nossa assessoria. No entanto, é merecedora do prestígio e do espaço que ocupará na condição de chefe de gabinete da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, compondo a equipe do secretário da pasta, o amigo Odorico, ex-presidente do CONASEMS e também incansável defensor do SUS .

Betinha, que Deus te ilumine e te guie sempre e com certeza você deixou grandes amigos no CONASEMS que sentirão saudades de você!!!

Certamente, ainda estaremos “trocando figurinhas” em muitos fóruns do SUS Brasil afora!!!

Um fraterno abraço. ■

**Antônio Carlos Figueiredo Nardi** é presidente do CONASEMS e secretário municipal de saúde de Maringá (PR)



## A SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA NOVA GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E SEUS DESAFIOS

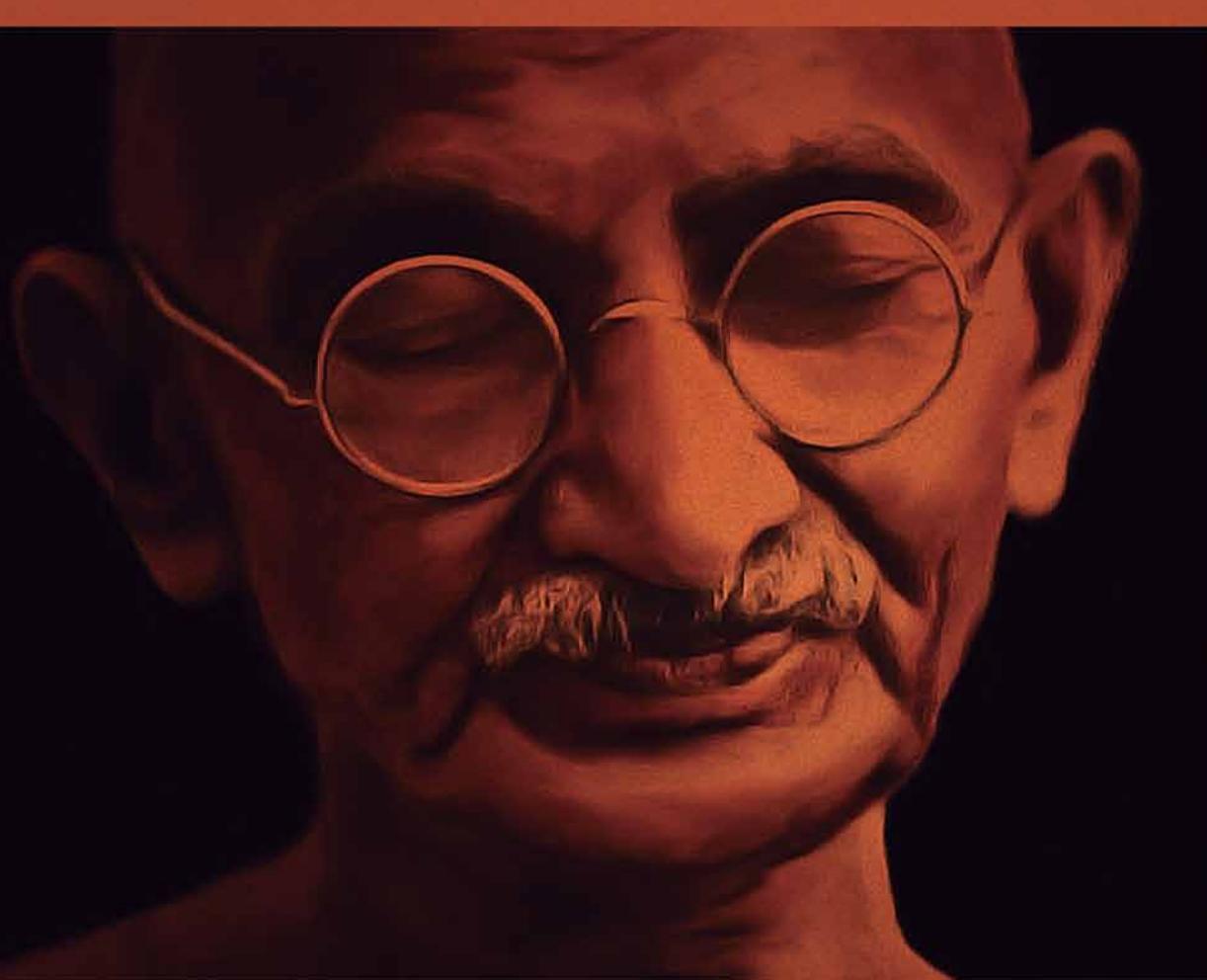
O Sistema Único de Saúde vive um momento importante de sua tão recente história de implantação no país, como uma das mais vivas, capilarizadas e eficientes políticas públicas de nosso tempo, incluindo os aspectos de efetividade de política setorial, inclusão social e de cidadania, além de projeto de reforma do Estado e relação federativa inovadora. Todas estas afirmações têm sido muito debatidas, muitos estudos robustos têm sido feitos no âmbito do SUS e os resultados são reconhecidos em todo o mundo. Mas falar disto não é objeto deste texto. Entretanto, no bojo destes avanços, temos enormes desafios a serem enfrentados. Talvez o grande desafio seja dar passos mais largos para legitimar o sistema, no imaginário e no real da população brasileira, principalmente suas parcelas que dele mais necessitam em todas as suas dimensões. O tema da saúde foi um dos principais na última campanha eleitoral e tem tido nos seus primeiros dias um tratamento especial por parte da Presidenta Dilma Rousseff, que tem colocado toda sua sensibilidade, força política e capacidade gestora a serviço do SUS decididamente.

Esta legitimação processual exige uma guinada na radicalização do acesso e da qualidade do sistema de saúde de todos os brasileiros, tomando emprestado o que já se tornou rapidamente uma marca do Ministro Padilha nestes primeiros movimentos do novo governo. Este desafio se torna ainda mais complexo e difícil no ambiente que vivemos de um claro desfinanciamento do sistema público de saúde do Brasil. Este o fator que pode mudar a história do SUS nesta sua etapa de consolidação, principalmente se associado a uma melhoria progressiva da gestão do sistema e dos seus serviços, no âmbito público e privado, e ao equacionamento de alguns entraves de ordem legal como a rigidez das modalidades de gestão, o caráter antiquado das relações de trabalho, a baixa regulação tecnológica e profissional e as insuficiências dos processos de trabalho e organização dos serviços e de sua pretensa rede de atenção. É exatamente deste último ponto, que não desconsidera os demais citados ou não, que deve se ocupar na nova gestão, a centralidade do esforço e trabalho da nova gestão da SAS.

A primeira consideração necessária é de um perfeito alinhamento da ação da SAS e seus departamentos e programas com o centro do esforço do ministro e de toda a equipe no sentido de ampliar o acesso e a qualidade do sistema. Nossa tarefa é buscar garantir os mecanismos reais e concretos para isto acontecer. A idéia síntese é o convencimento de que a melhor estratégia ou conjunto de estratégias deva ser a implantação das redes de atenção à saúde (RAS), tema que tem a idade do próprio SUS e já previsto em nossa base legal. A questão é como fazê-lo. Com raras exceções no país, não temos hoje o que pode ser considerado uma RAS nas diversas regiões ou temas da atenção. Este por si só, um conceito que vai nos orientar sempre: o desafio de implantar as RAS com um permanente olhar territorial, atravessado sempre por redes de serviços que mesclam dinamicamente os diversos temas da atenção. Neste sentido é que a saúde mental, as especialidades, o apoio diagnóstico, a atenção hospitalar, as urgências ou a assistência obstétrica e neonatal devem se conformar como redes temáticas, expressas em determinados territórios reais da vida cotidiana dos usuários, os que ali residem ou os que para lá vão em busca de cuidado. Não cabe aqui o detalhamento, mas redes dotadas de elementos constitutivos fundantes: sequência lógica de serviços e oferta de ações, com escopo bem definido, padrão assistencial de produtividade e qualidade publicamente aferidos, clareza dos fluxos, monitoramento informacional da vida clínica dos usuários, transparência e controle públicos, sistemas de logística adequados e regulação pública dos procedimentos e do acesso e resolução do cuidado. Mais ainda, todo este aparato funcionando com o cuidado coordenado pelas equipes da atenção primária, na sua dupla função de cuidador resolutivo e gestor do cuidado ao longo do tempo e da rede. Daí que todos os movimentos da SAS serão no sentido de viabilizar e garantir estas RAS, no papel claro de gestor da atenção no componente federal da relação interfederativa. Cada projeto, cada redirecionamento dos programas ou cada uma das centenas de portarias terão que levar isto em consideração maior.

Ficando claro que o eixo central de atuação da SAS será a implementação das RAS, concretizando tudo o que foi acumulado teoricamente até agora, incluindo o diálogo do MS com o CONASEMS e o CONASS, mediado pela OPAS, há que se começar por algum caminho. É aí que entra os compromissos prioritários assumidos publicamente pela Presidente Dilma durante a sua campanha e, portanto, avalizados pela vitória eleitoral de 2010. Como já apresentado em linhas gerais ao CONASEMS e CONASS, inclui no âmbito da SAS e sob sua coordenação: a atenção integral às urgências e emergências (a partir da implantação do SAMU e das UPAS e buscando conformar uma rede a partir da atenção primária), a atenção materno infantil (com ênfase especial na humanização do parto e da vinculação e responsabilização pela gestante) e a rede de saúde mental com ênfase especial nos dependentes de crack e outras drogas (com um grande protagonismo da saúde, mas sem perder a importância da ação integrada dentro do governo e com a sociedade civil). Portanto, sem perder o eixo principal das RAS em seu sentido amplo e multitemático e como um processo permanente central para a ampliação do acesso e da qualidade do SUS, estas três redes temáticas assumem condição de prioridade de governo. Resumindo, o foco de atuação da SAS na nova gestão será para este exercício moderno e cidadão de não procurar reinventar o que já está inventado, mas buscar o tempo todo implantar, em parceria estreita com os demais entes federados, o discurso que sempre tivemos com relação às RAS, âncoras das regiões de saúde, centradas no município e dialogando com os estados, buscando ampliar acesso e qualidade da atenção à saúde no SUS. ■

**Helvécio Miranda Magalhães Júnior** é médico, clínico e epidemiologista, doutor em saúde coletiva pela UNICAMP e secretário de atenção à saúde do Ministério da Saúde.



# Rede Gandhi

*Redes de Assistência, Prevenção, Proteção, Promoção  
à Saúde e Cultura de Paz de Campinas*

**Por Naoko Yanagizawa Jardim da Silveira e Carlos Alberto Avancini de Almeida**

O enfrentamento das violências e dos acidentes é um desafio que vem pautando os governos municipais. A violência, um fenômeno polissêmico e multifacetado, exige dos serviços de saúde um grande esforço de organização para o atendimento das vítimas e autores e de articulação, no sentido de fortalecer as ações intersetoriais de prevenção das violências, promoção da saúde e estímulo à cultura de paz e qualidade de vida.

As causas externas ou violências e acidentes ocupam o 4º lugar no ranking de mortalidade geral em Campinas, sendo a principal causa entre jovens, como ocorre em outros municípios.

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências de 2001, a instituição da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde de 2004 e a Política Nacional de Promoção de Saúde de 2006 definem instrumentos decisivos que orientam a atuação do setor Saúde para o enfrentamento de acidentes e violências. Estabelecem diretrizes e responsabilidades institucionais. Impulsionado pela Área Técnica de Violências e Acidentes da CGDANT/SVS do Ministério da Saúde (MS), os estados e municípios iniciam a implantação da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

Campinas inicia a Vigilância de Violências e Acidentes em 2006, a partir da adesão ao Inquérito VIVA. Em 2007 foi estruturado o Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes e Promoção da Saúde e Cultura da Paz (NPVA) de Campinas. Partindo da identificação de programas/projetos/redes de atendimento e de proteção à violência sexual e outras violências contra a criança e adolescente, mulher, idoso e acidentes de trânsito, existentes no município, foi realizada uma oficina participativa para sua estruturação. Os setores envolvidos foram a Saúde, a Assistência Social, a Educação e Transportes naquele momento. Definiram-se diretrizes, composição e um *modus operandi* para o município. O NPVA tornou-se um espaço fundamental para discussão e desenvolvimento de ações voltadas para o enfrentamento de violências e acidentes, favorecendo a integração das diversas áreas e consolidando as discussões.

Alguns pontos fundamentais para que esta organização se desenvolvesse:

1) Existência de redes de assistência à saúde integrada às redes da Secretaria Municipal da Cidadania de Assistência e da Integração Social, através de unidades próprias ou co-financiadas, e às unidades escolares e universidades além de ONGs atuantes na área; 2) Instituição do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente e de 4 Conselhos Tutelares, Conselho da Mulher e Conselho da Pessoa Idosa; 3) Existência de profissionais militantes da área, que se capacitaram por iniciativa própria, agregando mais profissionais que se capacitaram no curso "Impactos da Violência na Saúde" do MS/ Fiocruz; 4) Sistema Municipal de Notificação de Violências (SISNOV) implantado em 2005 com um Comitê intersetorial e interinstitucional; 5) Redes intersetoriais descentralizadas nos distritos de saúde que organizam Fóruns e Conferências Municipais da Pessoa Idosa, entre outros; 6) Apoio político institucional por parte do governo municipal, estadual e federal.

Na integração de redes destacam-se: o Programa Iluminar, que cuida das vítimas de violência sexual e que organizou os serviços em rede de atendimento com fluxo definido em 2001, e o Programa de Enfrentamento à Violência Doméstica contra crianças e adolescentes de 2002, que veio se agregar a experiências já desenvolvidas como o CRAMI – Campinas (Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância), ONG fundada em 1985. Outras experiências acumuladas no trato à violência contra a mulher se davam com o SOS Ação Mulher e Família, ONG fundada em 1980.

A habilitação do setor de Assistência Social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a partir de 2007, com os princípios de financiamento, descentralização e ordenamento nos três níveis de governo, aliado à gestão compartilhada com a sociedade civil, cria um potencial de melhoria de organização e resultado das ações nos territórios trabalhados pela Saúde na lógica do SUS Campinas.

O Centro de Referência do Idoso, criado em 2006, firmou convênio com a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República em 2007, passando a se chamar Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa – CIAPVI. Tem a missão de articular as políticas setoriais visando o atendimento integral das pessoas idosas por meio de proteção básica e especial. O Centro prioriza o atendimento às denúncias de violência e violação de direitos contra a pessoa idosa e presta assistência psicológica, social e jurídica.

Na prevenção de Acidentes de Trânsito, a EMDEC (Empresa Municipal de Desenvolvimento de Campinas), responsável pelo setor de trânsito no município, reúne os dados da circulação de veículos na cidade desde 1995, produzindo as informações estatísticas dos acidentes e o perfil das vítimas fatais, dado imprescindível para definição das intervenções do Poder Público nas áreas de engenharia, fiscalização, sinalização e educação para mobilidade.

Em agosto de 2010, foi iniciado o P.A.R.T.Y.(Projeto de Prevenção de Acidentes de Trânsito) em jovens envolvendo álcool. O projeto envolve EMDEC, Unicamp, Centro de Reabilitação, SAMU, Polícia Rodoviária. Mais de 500 alunos do ensino médio passaram pelo projeto até dezembro de 2010.

A participação do NPVA no gabinete de gestão integrada do PRONASCI (Programa Nacional de Segurança com Cidadania), coordenado pela Secretaria Municipal de Cooperação em Assuntos de Segurança Pública, cria outro potencial de intervenção na redução das violências.

O município conta com rico universo de instituições que assumiram diferentes responsabilidades diante das questões relacionadas à violências e acidentes, porém persistem os desafios quanto a oferecer maior atendimento e cobertura aos diversos tipos de violência em toda a sua complexidade e a elaboração do Plano Municipal de Enfrentamento à Violências.■

**Naoko Yanagizawa Jardim da Silveira** é médica sanitária, da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e coordenadora do NPVA.

**Carlos Alberto Avancini de Almeida** é pediatra, sanitária, da Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

**NPVA** Campinas - [www.campinas.sp.gov.br](http://www.campinas.sp.gov.br)



## Imunização Racional (Que Beleza)

Tim Maia

Uh! Uh! Uh! Que Beleza!  
Uh! Uh! Uh! Que Beleza!

Que beleza é sentir a natureza  
Ter certeza pr'onde vai  
E de onde vem  
Que beleza é vir da pureza  
E sem medo distinguir  
O mal e o bem...

Uh! Uh! Uh! Que Beleza!  
Uh! Uh! Uh! Que Beleza!

Que beleza é saber seu nome  
Sua origem, seu passado  
E seu futuro  
Que beleza é conhecer  
O desencanto  
E ver tudo bem mais claro  
No escuro...

Uh! Uh! Uh! Que Beleza!  
Uh! Uh! Uh! Que Beleza!

Abra a porta  
E vá entrando  
Felicidade vai  
Brilhar no mundo  
Que Beleza! Que Beleza!...

Uh! Uh! Uh! Que Beleza!  
Uh! Uh! Uh! Que Beleza! ■

Memória **Por Helma Kátia**



## XXV Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo

II Mostra de Experiências Regionais

UNIÃO, ESTADO E MUNICÍPIOS NA CONSOLIDAÇÃO DO SUS:  
COMPROMISSOS E RESPONSABILIDADES

De 29 de março a 1º de abril de 2011

**Santos - SP**

Mendes Convention Center  
Av. Francisco Glicério nº 206 - Gonzaga

**Informações e Inscrições:**  
[www.conasems.org.br/cosems/sp/](http://www.conasems.org.br/cosems/sp/)



REALIZAÇÃO



# Saúde e Cidadania:

As experiências do Brasil e do Quebec

André Pierre Contandriopoulos, Zulmira Hartz,  
Marion Gerbier, Amélie Nguyen

Saberes EDITORA

